



**University of
Zurich**^{UZH}

**Zurich Open Repository and
Archive**

University of Zurich
University Library
Strickhofstrasse 39
CH-8057 Zurich
www.zora.uzh.ch

Year: 2012

**Exploration erfolgversprechender Massnahmen zur Reduktion des
problematischen Alkoholkonsums bei älteren Menschen in der Schweiz /
Schlussbericht**

Kessler, D ; Salis Gross, Corina ; Koller, S ; Haug, Severin

Posted at the Zurich Open Repository and Archive, University of Zurich

ZORA URL: <https://doi.org/10.5167/uzh-64924>

Published Research Report

Originally published at:

Kessler, D; Salis Gross, Corina; Koller, S; Haug, Severin (2012). Exploration erfolgversprechender Massnahmen zur Reduktion des problematischen Alkoholkonsums bei älteren Menschen in der Schweiz / Schlussbericht. Zürich: ISGF.



Exploration erfolgversprechender Massnahmen zur Reduktion des problematischen Alkoholkonsums bei älteren Menschen in der Schweiz

Schlussbericht

**Daniel Kessler
Corina Salis Gross
Stephan Koller
Severin Haug**

Diese Studie wurde erstellt im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit
Vertragsnummer 10.006667 / 204.0001 / - 798

Forschungsbericht aus dem Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung
Bericht Nr. 308

Zürich, 25. April 2012

Inhaltsverzeichnis

Danksagung	4
Abstract.....	5
Executive Summary	8
1 Einleitung	16
1.1 Ausgangslage.....	16
1.1.1 Das Nationale Programm Alkohol 2008-2012 (NPA)	16
1.1.2 „Problematischer Alkoholkonsum“	16
1.1.3 Alkoholkonsum im Alter	17
1.1.4 Situation in der Schweiz	17
1.1.5 Erkennen des Problems und Bedarf an Massnahmen.....	19
1.2 Hintergrund.....	20
1.2.1 Bestehendes Expertenwissen und Erfahrungen	20
1.3 Auftrag	22
1.3.1 Die Studie	22
1.3.2 Berichtstruktur	22
2 Methodik	24
2.1 Literatursauswertung.....	24
2.2 ExpertInnengruppe	24
2.3 Informelle Erhebungen und Gespräche mit ExpertInnen	24
2.4 Befragung mittels Frageraster	25
2.5 Befragte Personen.....	25
3 Ergebnisse.....	27
3.1 State of the Art.....	27
3.1.1 Programme zur Reduktion von problematischem Alkoholkonsum.....	27
3.1.2 Massnahmen und Instrumente	27
3.1.3 Betroffene	28
3.1.4 Wissensbasis	28
3.2 Ergebnisse der Befragung von Angehörigen	29
3.2.1 Problemlast.....	29
3.2.2 Einstellungen und Verhalten.....	33
3.2.3 Vorhandene Hilfsangebote und Bedarf an Hilfsangeboten	34
3.3 Ergebnisse der Befragung von Fachpersonen.....	36
3.3.1 Problemlast.....	36
3.3.2 Zugang zu Alkohol und Konsum.....	44
3.3.3 Motivation für Verhaltensänderungen.....	46
3.4 Transversale Good Practices	47
3.4.1 Ziel der Bearbeitung von problematischem Alkoholkonsum bei älteren Menschen.....	47

3.4.2	Verhalten und Verhältnisse.....	47
3.4.3	Zielgruppe(n).....	48
3.4.4	Sensibilisierung.....	50
3.4.5	Kooperation.....	51
3.4.6	Nutzung bestehender Erfahrungen	52
3.4.7	Alkohol und andere Suchtmittel.....	52
3.4.8	Organisationen.....	52
3.5	Good Practices Prävention.....	54
3.5.1	Kommunikation	54
3.5.2	Verhältnisprävention	56
3.5.3	Grenzen der Prävention.....	57
3.6	Good Practices Früherkennung	64
3.6.1	Breit abgestützte Früherkennung	64
3.6.2	Instrumentengestütztes Erkennen	65
3.6.3	Richtlinien für die Reaktion auf das Erkennen problematischen Alkoholkonsums.....	68
3.6.4	Grenzen der Früherkennung	68
3.7	Good Practices Beratung und Behandlung.....	70
3.7.1	Zugang zu Beratungen und Behandlungen.....	72
3.7.2	Art der Beratungen und Behandlungen	72
3.7.3	Institutionelle Grundlagen für Beratungen und Behandlungen.....	78
3.7.4	Grenzen von Beratung und Behandlung	81
4	Diskussion	88
5	Schlussfolgerungen und Empfehlungen.....	91
5.1	Empfehlungen an Gesundheitsbehörden.....	91
5.2	Empfehlungen an Gesundheitseinrichtungen (Kliniken, Arztpraxen, Alters- & Pflegeheime)..	93
5.3	Empfehlungen an spezialisierte Einrichtungen (Suchtkliniken, Beratungsstellen etc.).....	93
	Literaturverzeichnis	95
	Beilagen.....	98
	Beilage 1: ExpertInnengruppe	99
	Beilage 2: Frageraster	101
	Beilage 3: Sample	119
	Beilage 4: Zusammenstellung Good Practices	123

Danksagung

Die AutorInnen der vorliegenden Studie danken allen Personen, welche ihr Wissen und ihre Erfahrungen zur Verfügung stellten und damit die Beschreibung der Situation, Problemlage und Praxis der Bearbeitung des problematischen Alkoholkonsums älterer Menschen und die Identifikation von Good Practices sowie die Formulierung von Empfehlungen ermöglichten. Ein besonderer Dank geht auch an die ExpertInnen, welche anlässlich der Sitzungen in Zürich, Bern und Luzern bei Projektbeginn und vor dem Projektabschluss die Arbeiten berieten und kommentierten und somit die Studie in besonderem Mass bereicherten.

Gedankt wird ausserdem jenen Personen und Organisationen, welche Fallbeispiele zur Verfügung stellten und damit zur Anschaulichkeit des vorliegenden Berichts beitrugen. Ein Dank geht ausserdem an das BAG, welches den Auftrag für die Studie erteilte.

Abstract

Abstract deutsch

Der vorliegende Bericht zu erfolgversprechenden Massnahmen zur Reduktion problematischen Alkoholkonsums älterer Menschen wurde als Auftragsarbeit des BAG im Rahmen des Nationalen Programms Alkohol 2008-2012 erstellt. Eine Literaturrecherche und eine Befragung von Angehörigen und Fachpersonen (zu Problemlast, Einstellungen und Verhalten, sowie Angeboten), welche mit älteren Personen mit problematischem Alkoholkonsum arbeiten, ergaben eine Problemlast, welche sich beispielsweise in einer, verglichen mit älteren Personen ohne problematischen Alkoholkonsum, schlechteren psychischen und physischen Gesundheit der Gruppe äussert. Die Good Practices zur Reduktion des problematischen Konsums betreffen alle Bereiche von der Prävention über die Früherkennung bis zur Beratung und Behandlung. Besonders wichtig ist die Stärkung des Bewusstseins um das Thema in der Öffentlichkeit, beim Gesundheitspersonal und in der Altershilfe, die Anpassung von Massnahmen an die verschiedenen Segmente der Zielgruppe (Frauen und Männer, MigrantInnen, verschiedene Kohorten) und ihre Angehörigen sowie die adäquate Koordination und Kooperation der verschiedenen Akteure. Empfehlungen richten sich an Gesundheitsbehörden, an Gesundheits- und Alterseinrichtungen und an auf Alkohol und Sucht spezialisierte Einrichtungen: Das Thema „problematischer Alkoholkonsum im Alter“ soll in Gesundheitspolitiken Eingang finden, Massnahmen zur Sensibilisierung für das Thema und zur Reduktion des Konsums sind zu unterstützen, Akteure sollen koordiniert vorgehen und die Altershilfe einbeziehen. Eine Stärkung verdient die aufsuchende Arbeit. Die Qualität von Schulungen und die Qualitätssicherung von Massnahmen sind ebenso weiterzuentwickeln wie spezifische Angebote und ihr Zugang zu den Zielgruppen und ihren Angehörigen.

Abstract français

Le présent rapport sur les mesures prometteuses pour la réduction de la consommation problématique d'alcool par des personnes âgées a été réalisé en tant que mandat de l'OFSP dans le cadre du Programme National Alcool 2008-2012. Une recherche de littérature et des enquêtes auprès de proches de personnes ayant une consommation problématique d'alcool et auprès d'experts ont permis de spécifier le problème, d'identifier des positions et des pratiques ainsi que de préciser les offres. Les enquêtes ont montré, par exemple, que la santé physique et psychique des personnes avec consommation problématique d'alcool est jugée moins bonne que celle de personnes du même âge qui ne boivent pas de façon problématique. Les bonnes pratiques pour réduire la consommation concernent tous les domaines : la prévention comme le diagnostic précoce ainsi que le conseil et le traitement. Il paraît spécialement important de renforcer la sensibilité pour la thématique, et ceci dans le grand public et

parmi le personnel du secteur de la santé et de l'aide aux personnes âgées. Les mesures doivent être adaptées aux différents groupes cibles (hommes et femmes, migrant-e-s, différents âges) et à leurs proches et la coordination et la coopération entre acteurs du domaine doivent être adéquates. Des recommandations sont adressées aux autorités sanitaires, aux institutions de santé et pour personnes âgées ainsi qu'aux institutions spécialisées dans l'alcool et dans l'addiction : La thématique de la consommation problématique d'alcool de personnes âgées doit être reflétée dans les politiques de santé, des mesures de sensibilisation pour la thématique et pour la réduction de la consommation doivent être soutenues. Les acteurs sont invités à se coordonner et d'impliquer l'aide aux personnes âgées et le travail « hors murs » mérite d'être renforcé. La qualité de formations et l'assurance de la qualité de mesures sont à développer comme le sont des offres spécifiques et leur accès aux groupes cibles et leurs proches.

Abstract italiano

Questo rapporto sulle misure con possibilità di successo per la riduzione del consumo problematico di alcol nelle persone anziane è stato realizzato su mandato dell'UFSP, nell'ambito del Programma Nazionale Alcol 2008-2012. Una ricerca della letteratura e un sondaggio presso i familiari delle persone che hanno un consumo problematico di alcol e presso esperti ha consentito di analizzare la portata del problema, di identificare le posizioni e le pratiche come pure di specificare l'offerta. Le indagini hanno, per esempio, dimostrato che la salute fisica e psichica delle persone con un consumo problematico di alcol è giudicata meno buona rispetto a quella delle persone della stessa età che non bevono in modo problematico. Le buone pratiche per ridurre il consumo toccano tutti i settori: la prevenzione, il riconoscimento precoce, la consulenza e il trattamento. Risulta particolarmente importante rafforzare la sensibilità nei confronti della tematica presso l'opinione pubblica e il personale sanitario, come pure direttamente con le persone anziane. I provvedimenti devono essere adattati ai vari gruppi obiettivo (uomini e donne, migranti, varie fasce di età) e ai loro familiari. Inoltre, bisogna coordinarsi e instaurare una cooperazione adeguata tra gli attori del settore. Le raccomandazioni si rivolgono alle autorità sanitarie, alle istituzioni sanitarie per la terza età nonché alle istituzioni specializzate nell'alcolismo e nelle dipendenze. La tematica del consumo problematico di alcol nelle persone anziane deve rispecchiarsi nella politica sanitaria, bisogna sostenere le misure di sensibilizzazione nei confronti di questa tematica e di riduzione del consumo. Gli attori devono agire in modo concertato e coinvolgere le persone anziane e il lavoro sociale di strada deve essere potenziato. Vanno sviluppate la qualità della formazione e la garanzia della qualità dei provvedimenti, come pure le offerte specifiche e l'accesso per gruppi obiettivo e i loro familiari.

Abstract english

The present report on promising measures for reducing the problematic consumption of alcohol of elderly persons was realised as a mandate by the Federal Office of Public Health and in the framework of the National Programme Alcohol 2008-2012. A literature research and a survey among relatives of persons with problematic alcohol consumption and among specialists on such topics as the problem's dimension, attitudes and practices as well as offers showed, for instance, that the physical and mental health of elderly persons with problematic intake of alcohol is assessed as poorer than the health of persons of the same age without problematic consumption. The good practices for the reduction of problematic alcohol consumption concern all domains: prevention, early detection, counselling and treatment. It is especially important to strengthen the sensibility for the topic at the level of society at large and among staff of the health sector and working with the elderly; measures are to be adapted to target groups (women and men, migrants, different age groups) and their relatives; coordination and cooperation between actors is to be adequate. Recommendations are addressed to health authorities, to health institutions and to institutions for the elderly as well as to organisations specialised in alcohol and addiction. The topic "problematic consumption of alcohol among elderly people" is to be reflected in health policies; the sensitisation for the problem and measures for the reduction of consumption are to be supported; actors are to coordinate and to include the work with the elderly; outreach activities deserve to be strengthened. The quality of training and the quality assurance of measures as well as specific offers and their access to target groups and their relatives are to be further developed.

Executive Summary

Deutsche Version

Ausgangslage

Problematischer Alkoholkonsum ist auch im Alter ein Risikoverhalten. Individuell wie gesellschaftlich entstehen daraus gesundheitliche und ökonomische Schäden. Das BAG schenkt dem Thema im Rahmen des Alkohol Programms 2008-2012 Beachtung und formuliert als eines der Wirkungsziele die Verminderung des chronischen Alkoholkonsums im Alter. In diesem Kontext wurde die vorliegende Studie in Auftrag gegeben, die Expertenwissen und Erfahrungen erfassen, geeignete Massnahmen zur Reduktion problematischen Alkoholkonsums identifizieren und Empfehlungen formulieren soll.

Methode

Eine Literaturrecherche sichtete die rezente Literatur zum Thema „Alkohol im Alter“, deren Auswertung es erlaubte, einen State of the Art zu bestimmen und Fragen (wahrgenommene Problemlast, Einstellungen und Verhalten, Angebote) an Fachpersonen und an Angehörige von Personen mit problematischem Alkoholkonsum zu formulieren. Deren Befragung erfolgte telefonisch oder schriftlich mittels eines Fragerasters. Für die statistische Auswertung genutzt wurden die Antworten von 37 Fachpersonen (hauptsächlich aus psychiatrischen Einrichtungen, Alters- und Pflegeheimen, aus ambulanten Pflegediensten und Suchtberatungsstellen) und von 8 Angehörigen. Mit verschiedenen Akteuren wurden ausserdem informelle Gespräche geführt und eine ExpertInnengruppe beriet die Studie zu deren Beginn und kommentierte vorläufige Ergebnisse und Empfehlungen.

Problemlast

Als wichtigste Gründe problematischen Alkoholkonsums identifizieren die befragten Personen einschneidende Ereignisse (critical life events), und dabei in erster Linie Verlusterlebnisse (Angehörige, Arbeit). Die Motivation, problematischen Alkoholkonsum zu reduzieren wird als gering eingeschätzt. Seine Konsequenzen sind beispielsweise die, verglichen mit älteren Personen ohne entsprechenden Konsum, schlechtere psychische und physische Gesundheit der Gruppe. Die Befragten bemerken ausserdem, dass Frauen häufiger allein, im Versteckten und in Stresssituationen trinken als Männer, und zwar Bier und Wein, während Männer eher Bier und Schnaps trinken. Ein Zusammenhang zwischen sozio-ökonomischer Benachteiligung und problematischem Alkoholkonsum kann vermutet werden. Weniger deutlich ist aufgrund des befragten Samples der Zusammenhang zwischen problematischem Alkoholkonsum im Alter und Migrationshintergrund. Sehr deutlich sind dagegen die Kombination des Konsums von Alkohol und anderen Substanzen (v.a. Tabak, Schlaf-, Beruhigungs- und Schmerzmittel) und – immer aufgrund des befragten Samples – die Tatsache, dass viele Personen mit problematischem Alkoholkonsum auch eine psychiatrische Diagnose aufweisen. Beobachtet werden bei den Personen mit problematischem Alkoholkonsum auch Anzeichen von Alkoholabhängigkeit – die Grenze zwischen den beiden Konsumformen ist fließend.

Good Practices

Die Ergebnisse der Studie sind in Form von “Good Practices” kondensiert, um so die erfolgversprechenden Massnahmen sowie die vorhandenen Stolpersteine und Lücken aus der Sicht von Fachpersonen und Angehörigen zielgerichtet ersichtlich zu machen.

Transversale Good Practices: Massnahmen zur Reduktion problematischen Alkoholkonsums sollen gemäss den Befragten sowohl das Verhalten als auch die Verhältnisse betreffen, sie sollen die Zielgruppe der älteren Menschen weit fassen und sie dabei bezüglich Alter, Geschlecht und Herkunft differenziert angehen. Zu den Voraussetzungen für den Erfolg von Massnahmen zur Reduktion problematischen Alkoholkonsums gehören ausserdem die weitere Sensibilisierung der Öffentlichkeit und des Gesundheitspersonals für das Thema sowie die gute Zusammenarbeit verschiedener Akteure (inklusive Altershilfe). Diese Massnahmen nutzen ausserdem die Erfahrungen der Arbeit mit anderen Zielgruppen und die Erkenntnisse der Gerontologie, sie nutzen die Möglichkeit, auch den problematischen Konsum anderer

Substanzen zu thematisieren, und sie erfolgen innerhalb einzelner Organisationen auf der Grundlage von klaren Konzepten und verbindlichen Richtlinien.

Prävention: Die Kommunikationsaufgabe "Prävention" geschieht koordiniert, zielgruppengerecht und über Kanäle, welche die verschiedenen Teile der Zielgruppe "ältere Menschen" am besten erreichen. Die Zielgruppen selbst lassen sich in die Planung und in die Realisierung von Präventionsmassnahmen einbeziehen, und immer zeigen die Präventionsbotschaften Handlungsmöglichkeiten auf. Besondere Beachtung wird der Verhältnisprävention in den Institutionen und Haushalten geschenkt, welche die individuellen Anstrengungen zur Reduktion problematischen Alkoholkonsums unterstützen – beispielsweise die Einrichtung alkoholfreier Haushalte, die kontrollierte Abgabe von Alkohol, niederschwelliges begleitetes Wohnen und ebensolche Tagesstrukturen.

Früherkennung: Das Erkennen problematischen Alkoholkonsums ist gemeinsame Aufgabe verschiedener Akteure, einschliesslich des sozialen Umfelds von Betroffenen. Besonders gute Möglichkeiten zur Früherkennung haben aufsuchende Dienstleistungen und es ist günstig, problematischen Alkoholkonsum mittels geeigneter Screening-Instrumente zu erkennen. Solche Instrumente sind weiterzuentwickeln, resp. neu zu schaffen, sie passen in die Abläufe von Prävention und Beratung sowie Behandlung. Die Abläufe nach der Erkennung problematischen Alkoholkonsums ihrerseits sind den Mitarbeitenden einer Organisation klar: sie wissen, was nach der entsprechenden Diagnose zu tun ist.

Beratung und Behandlung: Der Zugang zu unterschiedlichen, altersspezifischen, auf verschiedene Bedürfnisse ausgerichteten Beratungs- und Behandlungsangeboten ist möglichst niederschwellig zu gestalten – durch zielgruppengerechte und koordinierte Information und durch die Nutzung der Möglichkeiten aufsuchender Arbeit. Die Ziele von Beratungen und Behandlungen werden in Zusammenarbeit mit den Betroffenen definiert und aufgrund eingehender Abklärungen durchgeführt. Den einzelnen Massnahmen steht genügend Zeit zur Verfügung und sie beziehen möglichst das soziale Umfeld der Betroffenen mit ein. Sie ermöglichen soziale Kontakte und nutzen Tagesstrukturen, und sie werden von gut ausgebildetem Personal realisiert. Beratungen und Behandlungen erfolgen aufgrund klarer organisatorischer Konzepte, die auch das Dilemma zwischen Selbstbestimmung der betroffenen Personen und der vom Gesundheitspersonal wahrgenommenen Notwendigkeit von Interventionen thematisieren.

Empfehlungen

Gesundheitsbehörden integrieren das Thema „problematischer Alkoholkonsum älterer Menschen“ in Gesundheitspolitiken, sie unterstützen Massnahmen zur Sensibilisierung für das Thema, sie fördern die Zugänglichkeit von Angeboten (auch für Angehörige), die Rolle der aufsuchenden Arbeit und die Koordination und den Austausch zwischen Angeboten sowie die partizipative Einbindung der Zielgruppen und deren Angehöriger. Für Schulungen zum Thema entwickeln Gesundheitsbehörden Standards um die Qualität der Wissensvermittlung zu garantieren.

Gesundheitseinrichtungen sichern die Qualität von Massnahmen zur Reduktion von problematischem Alkoholkonsum im Alter durch die Entwicklung der Organisation, beispielsweise die Entwicklung von Konzepten, die Definition von Abläufen, die Schulung von Personal.

Spezialisierte Einrichtungen sichern ebenfalls die Qualität von Massnahmen durch Prozesse zur Organisationsentwicklung. Ausserdem entwickeln sie spezifische Angebote weiter, sie sichern den zielgruppenspezifischen Zugang zu Angeboten und sie koordinieren sich mit anderen Anbietern im Bereich und arbeiten mit diesen zusammen.

Executive Summary

Version française

La situation de départ

La consommation problématique d'alcool constitue un comportement à risqué pour les personnes âgées également. Elle a pour conséquence des dommages sanitaires et économiques tant pour les individus que pour la société. L'OFSP prend en compte la thématique dans le cadre du Programme Alcool 2008-2012 et formule un objectif d'impact visant la réduction de la consommation chronique d'alcool par les personnes âgées. C'est dans ce contexte que le présent rapport a été mandaté. Il doit présenter le savoir et les expériences des expert-e-s, identifier des mesures appropriées pour réduire la consommation problématique d'alcool et formuler des recommandations.

Les méthodes

Une recherche de littérature a identifié les publications récentes sur la thématique « alcool et personnes âgées ». Son évaluation a permis de définir un « state of the art » et de formuler des questions portant sur la perception du problème, les positions envers la consommation problématique d'alcool par des personnes âgées et les pratiques ainsi que les offres ; ces questions ont été posées à des expert-e-s et à des proches de personnes avec une consommation problématique d'alcool. L'enquête s'est faite sur la base d'une grille de questions, par téléphone ou par écrit. 37 interviews avec des experts (provenant surtout d'institutions psychiatriques, d'EMS, de services de soins ambulants, de services de conseil d'addiction) et 8 interviews avec des proches ont été utilisées pour l'analyse statistique. En plus, des entretiens informels ont été réalisés avec divers acteurs, et un groupe d'expert-e-s a conseillé la recherche à ses débuts, il a également commenté des résultats et des recommandations préliminaires de l'étude.

Le problème

Les personnes interrogées identifient des événements marquants (critical life events) comme raisons principales pour la consommation problématique d'alcool, et surtout des pertes (de proches, du travail). La motivation pour réduire la consommation problématique d'alcool est jugée faible. Ses conséquences sont, par exemple, une santé psychique et physique des personnes âgées avec une consommation problématique d'alcool perçue comme moins bonne que celle du même groupe sans consommation respective. Les personnes interrogées remarquent également que les femmes boivent plus souvent seul et en cachette que les hommes ; et elles boivent surtout de la bière et du vin, tandis que les hommes consomment plutôt de la bière et de l'eau-de-vie. Une relation entre une discrimination socio-économique et la consommation problématique d'alcool peut être assumée. Selon le groupe de personnes interrogées, une relation entre la consommation problématique de personnes âgées et la migration est moins nette. La consommation combinée d'alcool et d'autres substances (surtout de tabac, de somnifères, de tranquillisants et d'analgésiques) est cependant très évidente. Toujours dans la perspective des personnes interrogées, beaucoup de personnes avec une consommation problématique d'alcool ont également un diagnostic psychiatrique. On observe également auprès de personnes avec une consommation problématique d'alcool une dépendance à l'alcool – la séparation des deux formes de consommation n'étant pas toujours aisée.

Bonnes pratiques

L'étude condense ses résultats sous forme de « bonnes pratiques » pour identifier ainsi de façon ciblée les mesures prometteuses, les entraves et les lacunes perçues par les experts et les proches.

Bonnes pratiques transversales: Les mesures visant la réduction de la consommation problématique d'alcool doivent, selon les personnes interrogées, cibler tant les comportements que les conditions (prévention structurelle), elles doivent avoir une notion large du groupe cible des personnes âgées et elles ont en même temps intérêt de cibler différents segments – définis par l'âge, le sexe, la provenance – de façon différenciée. La réalisation effective de mesures pour la réduction de consommation problématique dépend également de la sensibi-

lisation du public et du personnel de santé pour la thématique ainsi que de la bonne coopération de différents acteurs (y compris l'aide aux personnes âgées). Ces mesures profitent en plus des expériences du travail avec d'autres groupes cibles et de la gérontologie, elles thématisent également la consommation problématique d'autres substances, et elles sont réalisées, à l'intérieur d'organisations, sur la base de concepts clairs et de directives contraignantes.

Prévention: La prévention est une tâche de communication qui doit se faire de façon coordonnée, ciblant différents groupes de façon appropriée et utilisant les canaux de communications qui ont prouvé qu'ils sont à même d'atteindre les personnes âgées. Les groupes cibles eux-mêmes peuvent être inclus dans la planification et la mise en œuvre de mesures de prévention, et les messages de prévention doivent toujours proposer des possibilités d'action aux personnes ciblées. La prévention structurelle qui soutient les efforts individuels pour la réduction de la consommation problématique d'alcool mérite une attention particulière – elle se fait par exemple à travers des ménages sans alcool, la distribution contrôlée d'alcool, des formes d'habitation et des centres d'accueil de jour accompagnées à bas seuil.

Diagnostic précoce: Le dépistage précoce de la consommation problématique d'alcool est une tâche conjointe de différents acteurs, y compris le contexte social des personnes concernées. Le « travail hors murs » a d'excellentes possibilités pour diagnostiquer de façon précoce la consommation problématique d'alcool, et il est opportun de faire les diagnostics avec des instruments de screening. De tels instruments doivent être développés ultérieurement, de nouveaux instruments sont à créer ; ils doivent s'intégrer dans l'enchaînement de la prévention, du conseil et du traitement. Cet enchaînement après un diagnostic précoce de consommation problématique d'alcool doit être clair pour les collaborateurs/-trices d'une organisation : ils savent ce qui est à faire après un tel diagnostic.

Conseil et traitement: L'accès à différentes offres de conseil et de traitement qui ciblent spécifiquement certaines tranches d'âges et différents besoins doit être à bas seuil. Ceci peut se faire grâce à une information coordonnée et adaptée aux groupes cibles et grâce à l'utilisation des possibilités du « travail hors murs ». Les objectifs de conseils et de traitements sont définis avec les personnes concernées et sur la base d'analyses approfondies. Les mesures ont besoin de temps, elles impliquent le contexte social des personnes avec consommation problématique d'alcool, si possible, elles facilitent des contacts sociaux, elles se basent également sur des centres d'accueil de jour et elles sont réalisées par des personnes bien préparées à leurs tâches. Les conseils et les traitements sont légitimés par des concepts organisationnels clairs qui thématisent également le dilemme entre le droit à l'autonomie des personnes concernées et la nécessité d'intervention du personnel de santé.

Recommandations

Les autorités sanitaires tiennent compte de la thématique de la consommation problématique d'alcool de personnes âgées dans leurs politiques de santé, elles promeuvent des mesures de sensibilisation, et elles soutiennent l'accès aux offres (y compris pour les personnes proches), le rôle du « travail hors murs », la coordination et l'échange entre offres ainsi que la participation des groupes cibles et de leurs proches. Les formations en la matière sont régies par des standards définis par les autorités de santé, permettant de garantir la qualité du transfert de savoir.

Les institutions de santé garantissent la qualité de mesures pour la réduction de la consommation problématique d'alcool par des personnes âgées par un développement organisationnel, grâce au développement de concepts, la définition du déroulement de mesures et la formation de leur personnel.

Les organisations spécialisées assurent également la qualité de mesures à travers des processus de développement organisationnel. En outre, elles développent ultérieurement des offres spécifiques, elles garantissent l'accès de différents groupes cibles à ces offres et elles se coordonnent et coopèrent avec d'autres acteurs du domaine.

Executive Summary

Versione italiana

Situazione di partenza

Il consumo problematico di alcol rappresenta un comportamento a rischio anche per le persone anziane. Ne risultano danni sanitari ed economici sia per le persone che per la società. L'UFSP ha considerato questa tematica nell'ambito del Programma Nazionale Alcol 2008-2012 e ha individuato la riduzione dell'alcolismo cronico presso le persone anziane come uno degli obiettivi d'impatto. In questo contesto è stato commissionato questo studio. Esso deve raccogliere le conoscenze e le esperienze degli esperti, identificare le misure adeguate per ridurre il consumo problematico di alcol e formulare delle raccomandazioni.

Metodologia

Attraverso una ricerca nella letteratura specialistica sono state selezionate le pubblicazioni recenti sul tema "Alcol e persone anziane", la cui valutazione ha consentito di definire uno stato dell'arte e di formulare delle domande (problema percepito, posizioni e pratiche, offerte) per gli esperti e i familiari delle persone con un consumo problematico di alcol. Il sondaggio è stato eseguito telefonicamente o per iscritto ricorrendo a una griglia di domande. Per la valutazione statistica sono state utilizzate le risposte di 37 specialisti (operanti prevalentemente in cliniche psichiatriche, case di cura e per anziani, ambulatori e consultori sulle dipendenze) e di 8 familiari. Inoltre, si è provveduto a organizzare colloqui informali con vari attori e un gruppo di esperti ha fornito, sin dall'inizio, la sua consulenza per lo studio e ha pure commentato i risultati e le raccomandazioni preliminari.

Problematica

Le persone intervistate hanno identificato, quali fattori scatenanti per il consumo problematico di alcol, gli eventi critici della vita (critical life events), in particolare le esperienze riconducibili a una perdita (familiare e lavoro). La motivazione per ridurre il consumo problematico di alcol è valutata come bassa. Le sue conseguenze sono, per esempio, una salute psichica e fisica peggiore rispetto alle persone anziane non dedite al consumo dell'alcol. Gli intervistati hanno inoltre rilevato che le donne, rispetto agli uomini, bevono più spesso da sole, di nascosto e in situazioni di stress; bevono soprattutto birra e vino, mentre gli uomini preferiscono la birra e i superalcolici. È possibile presupporre una relazione tra la discriminazione socio-economica e il consumo problematico di alcol. Secondo il campione interrogato risulta meno chiara la correlazione tra il consumo problematico di alcol delle persone anziane ed un passato da migrante. Per contro, spicca chiaramente l'assunzione combinata di alcol e altre sostanze (in particolare tabacco, sonniferi, tranquillanti e antidolorifici). Sempre secondo la prospettiva delle persone interrogate, molti soggetti con un consumo problematico di alcol presentano anche una diagnosi psichiatrica. Molte persone anziane con un consumo problematico di alcol mostrano pure segni di dipendenza dall'alcol – il limite tra le due forme di consumo non è sempre chiaramente definito.

Buone pratiche

I risultati dello studio sono sintetizzati sotto forma di "buone pratiche" per identificare in modo mirato i provvedimenti con possibilità di successo nonché le lacune percepite dagli specialisti e dai familiari.

Buone pratiche trasversali: i provvedimenti che mirano alla riduzione del consumo problematico di alcol devono, secondo le persone intervistate, puntare sia al comportamento che alle condizioni. Tali provvedimenti devono prevedere una concezione globale del gruppo obiettivo delle persone anziane e, al contempo, trattare in modo differenziato i vari segmenti in base all'età, al sesso e alla provenienza. Tra le misure per la riduzione del consumo problematico di alcol bisogna anche prevedere un'ampia sensibilizzazione dell'opinione pubblica e

del personale sanitario nonché una collaborazione ottimale tra i vari attori (ivi compreso l'aiuto alle persone anziane). Queste misure traggono vantaggio dalle esperienze di lavoro con altri gruppi obiettivo e dalle conoscenze in gerontologia, sfruttano la possibilità di tematizzare anche il consumo problematico di altre sostanze e sono realizzate all'interno di singole organizzazioni, nell'ambito di concetti chiari e direttive vincolanti.

Prevenzione: la prevenzione è un compito da realizzare in modo concertato, rivolgendosi in modo adeguato ai vari gruppi obiettivo e attraverso canali di comunicazione che consentono di raggiungere i vari segmenti del gruppo obiettivo "delle persone anziane". I gruppi obiettivo possono essere coinvolti nella pianificazione e nell'attuazione delle misure di prevenzione e i messaggi di prevenzione devono sempre includere delle possibilità d'azione. Un'attenzione particolare va data a una prevenzione strutturale nelle istituzioni e nelle economie domestiche che appoggiano gli sforzi individuali di riduzione del consumo problematico di alcol – per esempio creando economie domestiche senza alcol, una distribuzione controllata dell'alcol, forme abitative e centri diurni accompagnati a bassa soglia.

Diagnosi precoce: il riconoscimento precoce del consumo problematico di alcol è un compito comune dei diversi attori, ivi compreso il contesto sociale delle persone colpite. Il lavoro sociale di strada offre eccellenti possibilità di diagnosi precoce ed è ideale per identificare il consumo problematico di alcol attraverso gli strumenti di screening adeguati. Questi strumenti devono essere ulteriormente sviluppati oppure ne vanno creati dei nuovi; questi strumenti devono essere integrati nei percorsi di prevenzione, consulenza e trattamento. I percorsi dopo una diagnosi precoce di consumo problematico di alcol devono, da parte loro, essere chiari per i collaboratori di un'organizzazione: essi sanno cosa fare dopo la diagnosi.

Consulenza e trattamento: l'accesso alle varie offerte di consulenza e trattamento miranti a fasce d'età specifiche e a fabbisogni diversi devono essere a bassa soglia – grazie a un'informazione coordinata che sia adeguata ai gruppi obiettivo e che sfrutti le possibilità offerte dal lavoro sociale di strada. Gli obiettivi della consulenza e trattamento sono definiti in concertazione con le persone colpite e basati su un'approfondita valutazione. I singoli provvedimenti necessitano di tempo, richiedono il coinvolgimento del contesto sociale, si appoggiano sui centri diurni e sono realizzati da personale adeguatamente formato. La consulenza e il trattamento si basano su chiari concetti organizzativi che tematizzano anche il dilemma tra l'autodeterminazione delle persone colpite e l'esigenza d'intervento del personale sanitario.

Raccomandazioni

Le autorità sanitarie provvedono a integrare nelle loro politiche sanitarie la tematica del consumo problematico di alcol nelle persone anziane, a promuovere delle misure di sensibilizzazione, a sostenere l'accesso all'offerta (familiari inclusi) come pure il ruolo del lavoro sociale di strada e il coordinamento e lo scambio di offerte nonché il coinvolgimento partecipativo dei gruppi obiettivo e dei loro familiari. Per le formazioni in questo campo, le autorità sanitarie sviluppano degli standard per garantire la qualità della diffusione del sapere.

Le istituzioni sanitarie garantiscono la qualità dei provvedimenti adottati per la riduzione del consumo problematico di alcol nelle persone anziane attraverso lo sviluppo dell'organizzazione, per esempio, elaborando concetti, definendo e formando il personale.

Le istituzioni specializzate garantiscono, dal canto loro, la qualità delle misure tramite l'elaborazione di processi di sviluppo organizzativo. Inoltre, sviluppano ulteriori offerte specifiche, garantiscono l'accesso all'offerta da parte dei vari gruppi obiettivo, si coordinano e collaborano con altri attori del settore.

Executive Summary

English version

Starting Situation

The problematic consumption of alcohol is a risk behaviour also for elderly people. It results in health damages and in economic costs both for individuals and for society. The Federal Office of Public Health has included the topic in the National Alcohol Programme 2008-2012, one of its impact objectives targets the reduction of the chronic alcohol intake of elderly persons. The present study was mandated within this context; it is to identify experts' knowledge and experiences, to identify appropriate measures for reducing problematic alcohol consumption, and to propose recommendations.

Methods

A literature research screened recent publications on the topic „alcohol and old people“, its appraisal allowed for identifying a state of the art and formulating questions to experts and to relatives of persons with problematic alcohol consumption (perceived problem, positions and practice, offers). These surveys were realised based on a set of questions answered by telephone or in written form. The answers of 37 experts (working mainly in psychiatric institutions, in homes for the elderly, in ambulatory services and as addiction counsellors) and of 8 relatives were used for the statistical analysis. In addition, informal interviews were realised with a series of actors, and a group of experts advised the study at its start, the group also commented on preliminary results and recommendations.

The Problem

The interviewed persons identify critical life events as the most important reasons for problematic alcohol consumption of elderly people. It is mainly losses (of relatives, of the job) that trigger consumption. The motivation to reduce problematic alcohol consumption is assessed as weak. The consequences of the habit include a mental and physical health status of the group that is poorer than the one of the same age group without problematic consumption. The interviewed persons also highlight that women drink more often alone and covertly than men, and they rather drink beer and wine, while men more regularly drink beer and hard liquor. A link between socio-economic discrimination and problematic consumption of alcohol can be assumed. According to the interviewed sample a link between problematic alcohol consumption and of elderly persons and migration is less clear. But the interviewed persons do agree that the combination of the consumption of alcohol and of other substances (mainly tobacco, soporifics, tranquilisers, analgesics) is obvious, and so is the occurrence of psychiatric diagnoses among persons with problematic consumption of alcohol. Elderly persons with problematic alcohol intake also show signs of alcohol dependence – the limit between the two forms of consumption is not always clear.

Good Practices

The study's results are presented in the form of „good practices“. These allow for identifying promising measures, stumbling blocks and gaps as perceived by specialists and relatives of persons with problematic alcohol consumption.

Transversal Good Practices: Measures for reducing problematic alcohol consumption, according to the interviewed persons, are to target both behaviour and conditions; they are to have a large conception of the target group of the elderly persons and at the same time, the target group is to be addressed specifically according to age, sex and origin. Other conditions for successful measures include the sensitisation of the public and of the health staff and the good cooperation between different actors (including the work with the elderly) who realise measures. These measures also are based on the experiences of the work with other target groups and on the knowledge and know-how of gerontology, they address the problematic consumption of other substances and they are realised, within single organisations, within the framework of clear concepts and binding rules of action.

Prevention: Prevention is a communication task that is to be realised in coordinated ways, it has to address the target groups appropriately and using channels which allow for reaching

the different parts of the target groups of elderly people. The target groups themselves can be involved into the planning and the implementation of prevention measures, prevention messages are always to convey possibilities for action. Special attention is to be paid to condition oriented prevention which supports individual efforts for reducing problematic alcohol intake – for instance the establishment of alcohol free households, the controlled provision of alcohol, easily accessible and accompanied forms of housing and day centres.

Early diagnosis: The early detection of problematic alcohol consumption is a joint task of different actors, including the social context of concerned persons. Outreach work has excellent possibilities for early diagnosis, and it is advisable to identify problematic consumption with appropriate screening instruments. Such instruments are to be further developed, new instruments are also to be designed; all are to fit into the course of prevention, counselling and treatment. The action to be taken after an early diagnosis of problematic alcohol consumption is to be clear to the collaborators of an organisation: they are to know what's to be done after a diagnosis.

Counselling and treatment: The access to different and age specific offers for counselling and treatment which react to different needs is to be as easy as possible – thanks to coordinated information that is appropriate to the target groups and that uses the possibilities of outreach work. The objectives of counselling and treatment are to be defined together with the concerned persons, and based on an in depth assessment. Measures have the time required for their successful implementation, they involve the social context of the concerned persons whenever possible, they facilitate social contacts and relay on day centres, and they are realised by well trained staff. Counselling and treatment are based on organisational concepts that also address the dilemma between the elderly persons' autonomy and the health staff's perception of the necessity for interventions.

Recommendations

Health authorities integrate the topic „problematic alcohol consumption of elderly persons“ in health policies, they support measures apt to sensitise for the topic, they promote the accessibility of offers (including for relatives), the role of outreach work and the coordination and the exchange between offers and the participative inclusion of target groups and relatives. In order to guarantee the quality of trainings on the topic, health authorities define standards for know-how transfer.

Health institutions assure the quality of measures for reducing problematic alcohol consumption of elderly persons by organisational development, e.g. through the development of concepts, the definition of protocols for the course of actions, training for staff.

Specialised Institutions also assure the quality of measures through processes for their organisational development. In addition, they further develop specific offers, they ensure different target groups' access to offers, and they coordinate and cooperate with other service providers in the domain.

1 Einleitung

1.1 Ausgangslage

1.1.1 Das Nationale Programm Alkohol 2008-2012 (NPA)

Das Programm hat zum Ziel den problematischen Alkoholkonsum und dessen negative Auswirkungen zu reduzieren. Eines der Wirkungsziele des NPA ist die Verminderung des chronischen Alkoholkonsums im Alter – die Optimierung der Behandlung und die soziale Integration von Menschen mit Alkoholproblemen stehen dabei im Vordergrund. Das Programm sieht vor, dass für alle Personen mit Alkoholproblemen geeignete, konzeptionell auf die spezifischen Belange einzelner Zielgruppen zugeschnittene Behandlungsangebote im stationären und ambulanten Bereich sowie zur Selbsthilfe bestehen. Zudem soll ein Internetportal zur Suche geeigneter Therapien erstellt und Fachleute für Kurzinterventionen geschult werden.

1.1.2 „Problematischer Alkoholkonsum“

Problematischer Alkoholkonsum umfasst das Rauschtrinken (episodischer Risikokonsum), den chronischen Risikokonsum und das situationsunangepasste Trinken. Die Grenzwerte liegen gemäss WHO bei 20g reinen Alkohols pro Tag für Frauen bzw. 40g pro Tag für Männer (zwei bzw. vier Standardgläser) (WHO 2000; vgl. auch BAG 2011). Im Alter reagiert der Körper aufgrund des reduzierten Wasseranteils empfindlicher auf Alkohol und entfaltet daher eine stärkere Wirkung. Deshalb sind sich die Fachleute einig, dass die Grenzwerte für ältere Menschen entsprechend zu relativieren sind. Während das Rauschtrinken (episodisch exzessiver Konsum) vor allem in jüngeren Altersgruppen verbreitet ist, steigt der chronische Risikokonsum bis zum Alter von 55 Jahren kontinuierlich an. Er erreicht bei den 55- bis 64-Jährigen anteilmässig seinen Höchststand und sinkt nach dem ordentlichen Rentenalter nur noch leicht ab.

Die unter dem Begriff „problematischer Konsum“ zusammengefassten Formen sind sehr unterschiedlich. Die Praxis der befragten Fachpersonen und die Erfahrungen der in die Studie einbezogenen Einrichtungen weisen bezüglich der Abgrenzung der drei Formen problematischen Alkoholkonsums Unschärfen auf, welche sich auch in den folgenden Seiten wiederfinden. Immer wieder machte die Befragung deutlich, dass der Erfahrungsschatz, auf den sich Auskünfte stützen, nicht zwischen den drei Konsumformen unterscheidet. Und der problematische Alkoholkonsum wird auch nicht immer von Alkoholabhängigkeit oder dem chronisch exzessiven Konsum unterschieden. Solche Unschärfen liegen u.a. daran, dass die Abgrenzung oft deshalb nicht leicht fällt, weil die konsumierten Mengen häufig nicht gemessen werden. Und sie liegen auch daran, dass der „problematische Alkoholkonsum älterer Menschen“

ein eher neues Thema ist, dessen Umfang und Spezifität erst daran ist, definiert zu werden.

1.1.3 Alkoholkonsum im Alter

Problematischer Alkoholkonsum ist auch im Alter ein Risikoverhalten. Individuell wie gesellschaftlich entstehen daraus gesundheitliche und ökonomische Schäden. Aufgrund der demographischen Entwicklung und dem damit einhergehenden Anteil älterer Menschen in der Bevölkerung wird erwartet, dass Alkohol- und Suchterkrankungen im höheren Alter in Europa in den kommenden Jahren deutlich zunehmen werden (Weyerer 2010; Hallgren et al. s.a.). Eine zunehmende Anzahl von Studien zeigt, dass Erkrankungen, die im höheren Alter häufig verbreitet sind (wie z.B. Diabetes, Bluthochdruck, gastrointestinale Erkrankungen, Schlaflosigkeit und Depression) durch hohen Alkoholkonsum negativ beeinflusst werden. Infolge der häufigen Einnahme von Medikamenten ist zudem die Gefahr gross, dass Alkohol deren Wirkung verändert oder gefährliche Interaktionen auslöst (Moore et al 2007). Weitere negative Gesundheitsfolgen, die vor allem bei älteren Konsumenten häufig vorkommen, sind neuropsychiatrische Komplikationen, Verwirrheitszustände, Stürze, Frakturen, Inkontinenz, Mangelernährung sowie verstärkte Suizidalität (Schäufele 2010). Trotz dieser Ausgangslage ist der Alkoholkonsum im Alter nicht ein durchgängiges Thema spezialisierter Organisationen. Die WHO beispielsweise widmet in ihrem „Global status report on alcohol and health“ dem Konsum älterer Menschen keine besondere Beachtung (WHO 2011, siehe auch WHO 2010).

Die Gruppe der Personen, welche diese Studie interessiert, ist äusserst heterogen. Sozio-ökonomischer Status, Geschlecht, Biographie, Zugehörigkeit zu einer Altersgruppe innerhalb der Gesamtpopulation der über 65-Jährigen teilen die „älteren Menschen“ in verschiedene Segmente mit je eigenen Verhalten und Risiken sowie Bedingungen – und deshalb auch mit je einem spezifischen Bedarf an Massnahmen für Prävention, Beratung und Behandlung sowie für Nachsorge. Die höchsten Raten problematischen Alkoholkonsums zeigen sich international und auch in der Schweiz tendenziell eher in der Altersgruppe der 65- bis 75-Jährigen und bei Männern (Hallgren et al. s.a.; Schweizerische Fachstelle für Alkoholprobleme 2009, Bundesamt für Gesundheit 2011).

1.1.4 Situation in der Schweiz

Problematischer Alkoholkonsum unter älteren Menschen ist auch in der Schweiz ein ernstzunehmendes Problem, das mit der zunehmenden Alterung der Bevölkerung in den nächsten Jahren noch an Bedeutung gewinnen wird.

Problematischer Alkoholkonsum im Alter

Es ist anzunehmen, dass die Prävalenz älterer Menschen mit Alkoholproblemen aufgrund reduzierter sozialer Kontakte im Alter oder einer Institutionalisierung in Heimen oder zeitwei-

se in Krankenhäusern in epidemiologischen Untersuchungen meist unterschätzt wird (Schäufele 2010). Auch die im Folgenden präsentierten Zahlen betreffen ausdrücklich die Bevölkerung, die in Haushalten wohnt. In einer spezifischen Auswertung der Zahlen der Schweizerischen Gesundheitsbefragung von 2007 ermittelte Sucht Info Schweiz (2011), dass 81% der Frauen und 93,8% der Männer zwischen 60 und 64 Jahren Alkohol konsumieren. Für die Altersgruppe der über 80-Jährigen liegen diese Werte bei 66,5% und bei 90,1%. Zwischen einem Viertel und knapp einem Drittel der Bevölkerung über 60 Jahre konsumiert täglich Alkohol (60-64 Jahre: 24,9%, 65-69 Jahre: 31,1%, 70-74 Jahre: 32,1%, 75-79 Jahre: 28,5%, über 80 Jahre: 29,1%).

Zwischen 12,7% (60-65jährige) und 24,8% (über 80jährige) der Schweizer Bevölkerung sind alkoholabstinent, vor allem Frauen, und haben deshalb gar keine gesundheitliche Folgen aufgrund von Alkoholkonsum zu erwarten. Zwischen 5% und 8% der Bevölkerung über 60 Jahre gehen aufgrund ihres Alkoholkonsums ein mittleres oder hohes gesundheitliches Risiko ein (60-64jährige: 6,5%, 65-69jährige: 7,8% (davon 1,5% mit hohem Risiko, das entsprechende sample ist allerdings kleiner als 30), 70-74jährige: 5,9% (davon 2% mit hohem Risiko, das entsprechende sample ist wiederum kleiner als 30), 75-79jährig: 5,1%, über 80jährige: 4,3%).

Die Kombination von Alkohol- mit Medikamentenkonsum ist ein weiterer zu berücksichtigender Aspekt: zwischen 12,8% (60-64jährige) und 17,6% (über 80jährige) der älteren Bevölkerung konsumieren gleichzeitig Alkohol und Medikamente; zwischen 12,7% und (60-64jährige) und 1,9% (über 80jährige) der Kohorten kombinieren Alkohol- und Tabakkonsum. Der kombinierte Konsum aller drei Substanzen liegt zwischen 5,2% (60-64jährige) und 2,4% (über 80jährige). Die Werte der Männer liegen dabei meist höher – mit Ausnahme der Kombination des Alkohol- und Medikamentenkonsums der unter 80-Jährigen Personen, hier sind die Werte der Frauen höher.

Migration

Daten zum Alkoholkonsum speziell bei älteren Menschen mit Migrationshintergrund liegen bislang nicht vor. Die aktuellen Daten zur Konsummenge von Alkohol bei ausgewählten Gruppen der Migrationsbevölkerung in der Schweiz zeigen einen tendenziell geringeren Alkoholkonsum bei den untersuchten AusländerInnen (Pfluger et al 2009, Arbeitsgemeinschaft BASS, ZAHW, ISPM, M.I.S. TREND 2011). Allerdings sind die Unterschiede zwischen den verschiedenen Herkunftsgruppen grösser als zwischen AusländerInnen und SchweizerInnen insgesamt. Wie auch bei den SchweizerInnen ist der Alkoholkonsum bei Frauen mit Migrationshintergrund geringer als bei Männern. Zudem wird von ExponentInnen der Migrationsbevölkerung wie auch von Fachstellen bemerkt, dass insbesondere der Zugang zu Informationen und Beratung/Therapie für vulnerable Gruppen aus der Migrationsbevölkerung erheblich erschwert ist (Pfluger et al 2009). Eine neue Erhebung des FISP (Fachstelle für interkulturel-

le Suchtprävention Zürich) zum Thema Alter und Sucht in der Migrationsbevölkerung ist noch nicht zugänglich, sie wird jedoch demnächst publiziert.

Die Situation in stationären Einrichtungen

Daten zur Prävalenz des Alkoholkonsums von älteren Menschen in Einrichtungen der stationären Altenhilfe liegen bislang nur wenige vor. Diese deuten darauf hin, dass alkoholbezogene Störungen bei älteren Menschen in Einrichtungen vergleichsweise häufig, aktuell riskanter Konsum jedoch eher seltener als bei Personen in Privathaushalten auftritt. In einer Studie in 68 Heimen in Deutschland ergab sich aus den Angaben der betreuenden Pflegekräfte eine alkoholbezogene Störung (lifetime) bei 6% der Bewohner, ein riskanter Alkoholkonsum lag bei 0.3% der Personen vor (Schäufele et al 2010). Allerdings ist bei dieser Gruppe das höhere Alter von durchschnittlich 83 Jahren und der hohe Anteil an weiblichen Personen (78%) zu berücksichtigen. Eine Befragung in Altersheimen der Stadt Zürich ergab eine Prävalenz manifester Alkoholprobleme bei ca. 1.5% der Heimbewohner (Infanger 2009). Eine Befragung von leitenden Personen in Schweizer Alters- und Pflegeheimen ergab ebenfalls, dass akute Alkoholprobleme in Einrichtungen der Altenhilfe in der Wahrnehmung der Befragten kein dringendes, weil eher seltenes Phänomen darstellen. Allerdings gehen die Befragten von einer hohen Dunkelziffer aus und knapp die Hälfte von ihnen konstatiert einen Bedarf an Weiterbildung zur Betreuung von Suchtkranken (Müller 2009).

1.1.5 Erkennen des Problems und Bedarf an Massnahmen

Auch wenn das Bewusstsein für die Problemlage noch nicht überall entwickelt ist und die Problemlast selbst weiter zu präzisieren bleibt, ist der Bedarf an Massnahmen zur Reduktion des problematischen Alkoholkonsums bei älteren Menschen offensichtlich, und zwar unabhängig davon, ob diese Personen zu Hause leben oder in einem Alters- oder Pflegeheim wohnen.

Es liegen mittlerweile Screeninginstrumente zur Erfassung problematischen Alkoholkonsums bei Älteren sowie einzelne Studien vor, welche die Wirksamkeit von verhaltensbasierten, individuumsbezogenen Massnahmen zur Frühintervention und Behandlung von Älteren mit problematischem Alkoholkonsum belegen. Die untersuchten Massnahmen wurden bislang überwiegend durch Fachkräfte der medizinischen Versorgung durchgeführt. Zu Massnahmen in der Schweiz sowie zu populations- und verhältnisorientierten Massnahmen liegen bislang so gut wie keine Wirksamkeitsstudien vor.

Die Heterogenität der Lebensbedingungen Älterer und die unterschiedlichen Problemgruppen hinsichtlich des Alkoholkonsums erfordern diverse Zugangswege sowie verschiedene Präventions- und Interventionsstrategien, um die alkoholbezogene Problemlast bei einem möglichst grossen Anteil älterer Menschen zu reduzieren.

Folgende dimensionale Systematik in Anlehnung an von Lengerke und Manz (2007) ermöglicht es, die unterschiedlichen Präventions- und Interventionsstrategien einzuordnen und

erlaubt im Vergleich zu bisherigen Definitionen mit oft verwirrenden Begrifflichkeiten (Primär-, Sekundär-, Tertiärprävention; Verhaltens- und Verhältnisprävention; universelle-, selektive-, indiziert Prävention) eine einfachere Kategorisierung von Massnahmen.

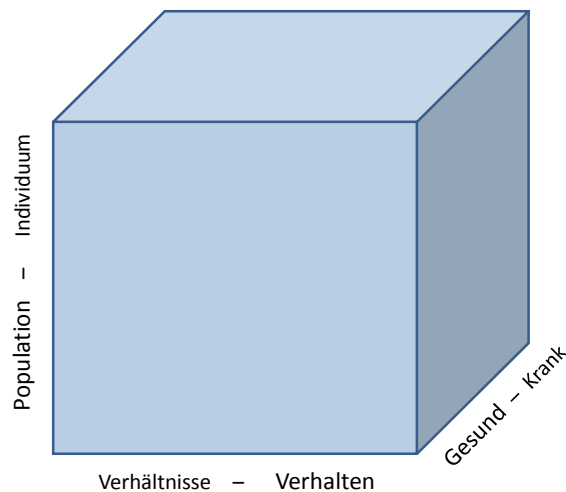


Abbildung 1.

- Auf der Achse Verhältnisse – Verhalten werden Massnahmen danach unterschieden, inwieweit diese eher an den Verhältnissen oder am Verhalten ansetzen (z.B. Schaffung von Möglichkeiten zur sozialen Interaktion durch bauliche Veränderungen in einem Altersheim vs. Schulung von Pflegekräften zur Nutzung eines Instruments zur Früherkennung).
- Auf der Achse Population – Individuum werden Massnahmen danach unterschieden inwieweit diese bevölkerungs- oder gruppenbezogen ansetzen oder ob ein Fall (oder auch mehrere Fälle) im Vordergrund der Bemühungen steht (z.B. Informationsveranstaltung für alle Heimbewohner vs. individuelle Beratung).
- Die Achse Gesund – Krank bezieht sich auf den Gesundheitszustand der Adressaten hinsichtlich des zu modifizierenden Verhaltens (z.B. Sensibilisierung bei risikoarm Konsumierenden vs. Gruppentherapie mit alkoholabhängigen Personen).

1.2 Hintergrund

1.2.1 Bestehendes Expertenwissen und Erfahrungen

Die vorliegende Studie ist die erste ihrer Art in der Schweiz. Sie kann sich aber auf verschiedene Vorstudien, auf allgemeine Untersuchungen zum problematischen Konsum von Substanzen und auf praktische Erfahrungen mit dem Thema „Alkohol im Alter“ stützen.

Expertenwissen und Erfahrungen in der Schweiz

In der Schweiz sind viele Akteure im medizinischen und pflegerischen Bereich sowie im Bereich der Suchthilfe und Suchtprävention aktiv, welche über fundierte Erfahrungen und Erkenntnisse zum Thema „Alkohol im Alter“ verfügen und diese in die Planung künftiger Massnahmen einbringen können. Auch Angehörige von älteren Menschen mit problematischem Alkoholkonsum verfügen meist über viel Erfahrung im Umgang mit diesen Personen, und sie sind selbst eine Gruppe, welche bei der Vermittlung von Präventions- und Interventionsmassnahmen eine wichtige Rolle spielen kann. Weiter gibt es in der Schweiz verschiedene Akteure und Initiativen, die sich mit dem Thema Alter und Sucht beschäftigen oder bereits Massnahmen zur Reduktion des problematischen Alkoholkonsums durchgeführt haben und über entsprechendes Expertenwissen verfügen. Dazu gehören beispielsweise Selbsthilfegruppen und Freiwillige, welche sich, etwa im Rahmen der Aktivitäten einer Kirche, zum Thema „Alkohol und Alter“ engagieren. Die folgenden Beispiele illustrieren die Existenz regionaler Initiativen und Massnahmen. Eine aktuelle Übersicht über Aktivitäten in der Schweiz liefert die Website www.infoaset.ch.

- Die Zürcher Fachstelle zur Prävention des Alkohol- und Medikamentenmissbrauchs (ZüFAM) hat Erfahrungen in der Begleitung von Alters- und Pflegeheimen sowie von Spitex-Diensten bezüglich des Umgangs mit älteren Menschen mit Alkoholproblemen. Die ZüFAM entwickelt auf Gemeindeebene Projekte und bietet Schulungen zur Früherkennung und Intervention bei Alkoholproblemen im Alter an (www.suchtimalter.ch) (Steiger 2010).
- Das Expertenforum Altersalkoholismus des Kantons Zürich ist ein interinstitutionell und interdisziplinär zusammengesetztes Gremium das sich regelmässig (zweimal Jährlich) trifft um Probleme aus der Praxis in der Versorgung Älterer mit Alkoholproblemen zu besprechen.
- Auch die Arbeitsgruppe Senioren und Betagte der Gesundheitsförderung Basel-Landschaft hat sich innerhalb einer Projektgruppe dem Thema Sucht im Alter gewidmet.
- Die Suchtpräventionsstelle des Kantons Zürich hat Erfahrungen in der Durchführung von Projekten zur Prävention von Suchterkrankungen im Alter auf Gemeindeebene (Wintsch 2010).
- Das Forum Schweiz für die Integration von Migrantinnen und Migranten FIMM (Dachverband der MigrantInnenorganisationen) zeigt im Gesundheits- und Präventionsprojekt „Von MigrantInnen für MigrantInnen“ Interesse der Migrationsbevölkerung am Thema Sucht (im Alter) auf (www.fimm.ch; Haug 2011)

Internationales Expertenwissen

Neben dem nationalen Expertenwissen stützt sich die Studie auch auf Ergebnisse internationaler Projekte, welche Expertenwissen und Best Practices im Bereich „Prävention und Sucht im Alter“ zusammentragen, um Empfehlungen für künftige Massnahmen daraus abzuleiten. Auf europäischer Ebene wurde beispielsweise unter italienischer Leitung ein Projekt durchgeführt, das Best Practices zur Reduktion problematischen Alkoholkonsums bei Älteren identifizierte und in Datenbanken (<http://vintage.saveva.com/database/search>, www.saveva.com/vintage_articles/default.aspx) und eigenen Publikationen (Anderson et al. 2010; Segura et al. s.a., Scafato 2010) zur Verfügung stellt (www.epicentro.iss.it/vintage/). Das kanadische Gesundheitsministerium hat bereits vor einem Jahrzehnt eine Publikation zu Best Practices in der Behandlung und Rehabilitation von Seniorinnen und Senioren mit Substanzproblemen vorgelegt (insbesondere Alkohol) (Health Canada 2002). Und in Deutschland unterstützt das Bundesministerium mittels eines Förderschwerpunktes bereits gezielt Projekte im Bereich Sucht im Alter (www.unabhaengig-im-alter.de).

1.3 Auftrag

1.3.1 Die Studie

Im Rahmen eines durch das BAG (Sektion Alkohol und Tabak) organisierten Treffens mit Expertinnen und Experten zum Thema „Alter und Alkohol“ wurde ein erheblicher Wissens und Vernetzungsbedarf geortet, welcher in der Ausschreibung einer Studie resultierte. Das ISGF wurde mit der Realisierung der Studie betraut, welche drei Ziele verfolgt:

1. Die Erfassung von Expertenwissen und Erfahrungen von Personen, die sich in ihrer täglichen Arbeit oder als Angehörige mit älteren Menschen beschäftigen. Inhaltlich sollen die wahrgenommene Problemlast, sowie Einstellungen und Verhaltensweisen bezüglich problematischen Alkoholkonsums im Alter erfasst werden. Weiter soll der Bedarf nach möglichen Hilfeangeboten zur Reduktion des problematischen Alkoholkonsums abgeklärt werden.
2. Die Identifikation von erfolgversprechenden Massnahmen (Good Practices) zur Reduktion problematischen Alkoholkonsums bei Älteren in der Schweiz
3. Ableitung von Empfehlungen für zukünftige strategische und operative Massnahmen zur Reduktion problematischen Alkoholkonsums bei Älteren in der Schweiz.

Die Ergebnisse sollen den verschiedenen Akteuren als Grundlage für die Planung und Umsetzung von adäquaten Massnahmen dienen.

1.3.2 Berichtstruktur

Der vorliegende Berichtsentwurf trägt die Ergebnisse der Studie zusammen, indem er ihre Ausgangslage darlegt (Kapitel 1) und die gewählte Methodik beschreibt (Kapitel 2), um dann

die Ergebnisse (Kapitel 3) zu präsentieren, strukturiert nach State of the Art und nach den Befragungen von Angehörigen und Fachpersonen, einschliesslich Good Practices. Es folgt die Diskussion der Ergebnisse (Kapitel 4), und ein letztes Kapitel (5) formuliert Schlussfolgerungen und Empfehlungen an verschiedene Adressaten, welche die weitere Umsetzung der Good Practices im Bereich des problematischen Alkoholkonsums älterer Menschen und ihre Weiterentwicklung ermöglichen sollen. Ausserdem enthält der Bericht – jeweils in den Abschnitten zu den Good Practices Fallbeispiele, welche konkrete Massnahmen im Bereich „Alkohol im Alter“ illustrieren.

2 Methodik

Die Studie beruht auf drei methodischen Pfeilern: einer Auswertung der Literatur, der Befragung von ExpertInnen und Angehörigen von älteren Personen mit problematischem Alkoholkonsum in der gesamten Schweiz sowie der punktuellen Begleitung durch eine Gruppe von ExpertInnen. Die Auswertung der Erhebungen erlaubt es, die in Kapitel 3 des vorliegenden Berichts präsentierten Good Practices, – sowohl als einzelne Praktiken wie in Form von Fallbeispielen, die von Akteuren in der Schweiz formuliert wurden, zu bestimmen und dann mit ExpertInnen zu diskutieren. Aus den Good Practices wurden dann im Rahmen einer Interpretation und Identifikation von Lücken die in Kapitel 5 vorgestellten Empfehlungen abgeleitet.

2.1 Literaturrecherche

Eine Literaturrecherche identifizierte und sichtete die rezente Literatur zum Thema „Alkohol im Alter“. Die Auswertung der Publikationen (einschliesslich grauer Literatur) erlaubte es, einen State of the Art zu bestimmen, gleichzeitig befruchtete die Literatur die Zusammenstellung der Fragen an ExpertInnen und an Angehörige.

2.2 ExpertInnenengruppe

Eine ExpertInnenengruppe (vgl. Beilage 1) beriet die Studie zu deren Beginn, indem sie anlässlich von vier Workshops im Februar 2011 in Zürich (2), Luzern (1) und Bern (1) die zu behandelnden Fragen kommentierte und wichtige inhaltliche Hinweise lieferte und Priorisierungen vornahm. Ein zweites Zusammentreffen mit einer Gruppe von ExpertInnen am 18. August 2011 in Zürich erlaubte es, vorläufige Ergebnisse (Zielsetzung, Good Practices und Empfehlungen) zu diskutieren, zu ergänzen und zu präzisieren.

2.3 Informelle Erhebungen und Gespräche mit ExpertInnen

Mit verschiedenen Akteuren führten die an der Studie beteiligten Personen im Verlauf deren Realisierung, besonders aber in der Planungsphase und während der ersten Umsetzungsschritte, informelle Gespräche, welche ebenfalls der Vorbereitung der formellen Befragung dienten. Diese Form der Erhebung erlaubte es ausserdem, in direkten Kontakt mit der institutionellen Landschaft der Akteure im Bereich „Alkohol und Alter“ zu kommen und dabei die Sichtweise und Erfahrungen einzelner Organisationen und ExpertInnen diskutieren zu können.

2.4 Befragung mittels Frageraster

Die Befragung von Fachpersonen (teilweise handelt es sich um Personen, welche auch in der ExpertInnengruppe vertreten waren) und Angehörigen von älteren Personen mit problematischem Alkoholkonsum fand auf der Grundlage von Fragerastern statt. Diese waren auf Grundlage der Literaturrecherche und der Workshops vom Februar und März 2011 erstellt worden: die ExpertInnen betonen, dass insbesondere differenziertes Wissen zu den priorisierten Bereichen zusammengetragen werden sollte, da generelle Aspekte bereits durch Aktivitäten von bestehenden Expertengruppen und Gremien sowie aus der Literatur bekannt seien. Deshalb interessierten insbesondere auch qualitative Aspekte der Massnahmen zur Reduktion problematischen Alkoholkonsums älterer Menschen – vorrangig, das „wie genau?“. Dies hatte zur Folge, dass in der Befragung durch genaues Nachfragen und Einholen von differenzierten Beschreibungen zu den priorisierten, aber noch relativ unbekannten Feldern längere Gespräche geführt wurden.

Eine erste Version des Rasters für Fachpersonen wurde mit zwei Personen getestet und schliesslich in seine endgültige Version gebracht (siehe Beilage 2). Die nachfolgende Befragung von 50 Personen erfolgte zuerst telefonisch, resp. in direktem Gespräch (Angehörige). Aufgrund der Erfahrungen mit den ersten Befragungen, die regelmässig 2 Stunden und mehr dauerten, wurde das Vorgehen für Personen mit weniger zeitlichen Kapazitäten angepasst: Anstelle der telefonischen Befragungen erfolgte die Datenerhebung bei ihnen durch eine schriftliche Beantwortung der Fragen. Dadurch wurden sie nicht während zwei Stunden ohne Unterbruch beansprucht. Bei den Befragungen zeigte sich, dass die vertieften und differenzierten Auskünfte rasch eine hohe Sättigung der gesammelten Informationen erzielten.

Das für die statistische Auswertung genutzte Sample besteht aus 45 Personen, 37 ExpertInnen und 8 Angehörige von Personen mit problematischem Alkoholkonsum (siehe auch Beilage 3). Dass nicht alle Interviews in die Auswertung eingingen, sondern lediglich 45 von insgesamt 50, liegt hauptsächlich an Interviews mit Angehörigen, die nicht Informationen in genügender Qualität zu erzeugen vermochten. Ausserdem wurden die zwei Testinterviews mit ExpertInnen nicht in die statistische Auswertung einbezogen, da die Fragen aufgrund des Tests inzwischen angepasst worden waren.

2.5 Befragte Personen

In der Deutschschweiz wurden 35 Personen befragt, in der Romandie 9, im Tessin 1 Person. Fünfzehn der befragten Fachpersonen sind Männer, 22 Frauen, 21 der befragten Fachpersonen arbeiten in einem städtischen Kontext, die übrigen 16 in ländlichen oder peri-urbanen Regionen. Das Alter der befragten Fachpersonen liegt zwischen 30 und 65 Jahren, das durchschnittliche Alter bei 45,5 Jahren. Im Teilsample der Fachpersonen waren SozialarbeiterInnen (7) vertreten, PsychologInnen (10), Pflegefachleute (9), (Sonder-/Sozial-) Pädago-

gInnen (4), ÄrztInnen (Psychiatrie, Geriatrie) (5), BetreuerIn (1). Eine Person machte keine Angabe über ihre Berufsbildung. Die befragten Fachpersonen verteilen sich auf verschiedene berufliche Felder – mit einer starken Vertretung von Suchtberatungsstellen.

Tabelle 1: Verteilung des befragten Personen nach Regionen

Region	ExpertInnen	Angehörige	Total
Zürich	15	2	17
Genferseeregion	2	-	2
Espace Mittelland	4	6	10
Nordwestschweiz	5	-	5
Zentralschweiz	3	-	3
Ostschweiz	7	-	7
Tessin	1	-	1
Total	37	8	45

Tabelle 2: Verteilung des Fachpersonen-Samples nach Arbeitskontext

Hausarztmedizin / Somatomedizin, Geriatrie	1
Psychiatrische Einrichtung	7
Alters- und Pflegeheim	6
Ambulanter Pflegedienst	5
Stationäre Einrichtung Suchtbehandlung	2
Suchtberatungsstelle	13
Sonstige	3
Total	37

Die Grösse des Samples ist geringer als ursprünglich geplant. Vorgesehen war, dass für jeden der in der obigen Tabelle „Verteilung des Fachpersonen-Samples nach Arbeitskontext“ genannten Bereiche acht bis zehn Personen befragt werden, und zusätzlich ebenso viele Angehörige. Die Reduktion des Samples erklärt sich mit der Qualität der erhobenen Daten sowie aufgrund des umfangreichen Fragerasters, welches rasch eine Sättigung der Informationen ermöglichte. Der explorative Charakter der Studie und die beschränkte Anzahl von disponiblen Fachpersonen zum Thema legitimieren diese Anpassung des initialen Studienplans zusätzlich. Ausserdem erlaubten es die Kontakte in Form von Workshops und informellen Gesprächen mit der Gruppe von ExpertInnen, die teilweise auch Teil des statistisch erfassten Samples sind, zusätzliche qualitative Informationen zu erheben.

3 Ergebnisse

Die Ergebnisse der Studie werden in den folgenden Abschnitten nach Good Practices in den Bereichen „Prävention“, „Früherkennung“ und „Beratung und Behandlung“ präsentiert (Abschnitte 3.4-3.6). Einleitende Abschnitte erinnern an den State of the Art im Bereich „problematischer Alkoholkonsum im Alter“ (Abschnitt 3.1) und präsentieren die Auswertung der Befragungen von Angehörigen (3.2) und Fachpersonen (3.3).

3.1 State of the Art

Grundlage für die Identifizierung eines State of the Art bilden hauptsächlich eine kanadische Publikation (Health Canada 2002) und eine im Auftrag der Executive Agency for Health and Consumers (EAHC) durchgeführte Studie, welche ihrerseits eine Literaturrecherche realisiert und dabei auch graue Literatur berücksichtigt hat (Segura L, et al., 2010). Sie identifizieren die folgenden Punkte, die alle mit den Good Practices übereinstimmen, welche im Rahmen der vorliegenden Studie aufgrund der Befragung von Fachpersonen und Diskussionen mit ExpertInnen in der Schweiz bestimmt werden konnten.

3.1.1 Programme zur Reduktion von problematischem Alkoholkonsum

- Programme zur Prävention und Behandlung von schädlichem Alkoholkonsum bei älteren Menschen sind notwendig. Es sind umfassende und langfristige Initiativen zu realisieren, welche die Schulung von SpezialistInnen ermöglichen, die Erhebung des Bedarfs und die angepasste Behandlung der Betroffenen.
- Programme müssen den spezifischen Bedürfnissen älterer Menschen angepasst sein. Sie müssen den verschiedenen Faktoren Rechnung tragen, welche das Leben älterer Menschen beeinflussen.
- Die Öffentlichkeit, und besonders die älteren MitbürgerInnen sind auf das Thema „Alkohol im Alter“ aufmerksam zu machen.
- Die Öffentlichkeit muss über Behandlungsangebote für ältere Menschen informiert sein.

3.1.2 Massnahmen und Instrumente

- Massnahmen müssen die Geschlechtsspezifik der Problematik berücksichtigen.
- Behandlungen müssen patientInnenzentriert sein. Das bedeutet, dass sie den Schaden des Alkoholkonsums reduzieren und die Lebensqualität verbessern. Und es bedeutet, dass die älteren Personen in die Planung der Behandlung einbezogen sind.
- Aus- und Weiterbildungen in Hinblick auf die Behandlung von problematischem Alkoholkonsum müssen altersspezifische Aspekte thematisieren.

- Screening- und Interventionstechniken sind verstärkt in der Praxis anzuwenden. Auch Gesundheitspersonal, das nicht notwendigerweise mit problematischem Konsum von Substanzen zu tun hat, ist mittels Schulungen auf die Verwendung dieser Instrumente vorzubereiten.
- Abklärungen sollen sich nicht auf den Konsum von Alkohol konzentrieren, sondern die physische und psychische Gesundheit, die sozialen Aktivitäten, Beziehungen, das physische Umfeld der Personen und ihre Ressourcen umfassen.
- Interventionen müssen auch die Lebensbedingungen (Wohnbedingungen, Ernährung, Gesundheitsversorgung, etc.) ansprechen und in einem Behandlungsplan berücksichtigen.
- Interventionen sind flexibel zu gestalten und im Bewusstsein zu realisieren, dass genügend Zeit vorzusehen ist.
- Aufsuchende Angebote sind zu verstärken.
- Community basierte Intervention sind vermehrt zu realisieren.
- Die Angehörigen und das soziale Umfeld sind in Behandlungen einzubeziehen.
- Die Eignung von Instrumenten, welche für Interventionen bei älteren Menschen Anwendung finden, ist zu überprüfen.

3.1.3 Betroffene

- Das Empowerment älterer Menschen ist im Hinblick auf ein verbessertes Bewusstsein und ein gesünderes Verhalten zu unterstützen.
- Das Empowerment soll vor allem die folgenden Aspekte betreffen:
 - Fähigkeit zum verbesserten Umgang mit den Risiken des Alkohols
 - Reduktion der vermeidbaren Krankheiten.
 - Aktive Rolle in der Gesellschaft.

3.1.4 Wissensbasis

- Es sind Standards zu entwickeln welche es erlauben, die Wirksamkeit von Interventionen zur Prävention von problematischem Alkoholkonsum älterer Menschen zu beurteilen.
- Auf europäischer Ebene ist eine kontinuierlich aktualisierte Databasis der Initiativen zum Thema Prävention schädlichen Alkoholkonsums im Alter zu erstellen.
- Graue Literatur zum Thema ist häufig hilfreich und soll von SpezialistInnen berücksichtigt und verbreitet werden.
- Die Wirksamkeit von Behandlungsprogrammen ist zu evaluieren.

3.2 Ergebnisse der Befragung von Angehörigen

Die acht mündlich befragten Angehörigen von älteren Menschen mit problematischem Alkoholkonsum wurden durch die Vermittlung von Fachstellen und über ein Schneeballsystem bei Bekannten der Studiendurchführenden rekrutiert. Sie sind zwischen 24 und 75 Jahre alt, fünf von ihnen wohnen in Städten, je die Hälfte sind deutsch- und französischsprachig, zwei sind Männer. Vier der befragten Personen sind pensioniert, die übrigen arbeiten als Lehrer, im Pflegedienst oder als Selbständige, eine Person studiert. Ihre Angehörigen mit problematischem Alkoholkonsum ($n=8$) sind zwischen 65 und 70 Jahre alt ($n=5$), respektive zwischen 70 und 80 ($n=3$), sieben von ihnen sind Männer; in zwei Fällen wird eine sozioökonomische Benachteiligung festgestellt und eine der Personen hat Migrationshintergrund.

3.2.1 Problemlast

Die Konfrontation mit problematischem Alkoholkonsum ist für sechs der befragten Personen häufig bis dauerhaft, sie trauen sich zu, solchen Konsum zuverlässig zu erkennen – weil sie die betroffenen Personen gut kennen, weil sich ihr Verhalten (Sprechen, Gehen, Unkonzentriertheit, Reaktionen auf Fragen, etc.) verändert (Fragen 10, 11 und des Fragerasters: Wie häufig werden Sie ... mit problematischem Alkoholkonsum konfrontiert? Wie zuverlässig können Sie problematischen Alkoholkonsum erkennen? Woran erkennen Sie ... problematischen Alkoholkonsum ... ?).

An physischen Folgen des Alkoholkonsums stellen die befragten Personen bei ihren Angehörigen Bluthochdruck und Inkontinenz fest, als psychische Konsequenzen identifizieren sie die Verweigerung von Sozialkontakten, Apathie und die Weigerung, zum Arzt zu gehen (Frage 13 des Fragerasters: Welche ... Folgen problematischen Alkoholkonsums erkennen Sie ... ?).

Einen starken Wunsch oder Zwang, Alkohol zu konsumieren, stellen je 3 Befragte manchmal oder häufig fest, in einem Fall liegt er immer vor, verminderte Kontrollfähigkeit wird bei sechs Personen manchmal oder häufig festgestellt. Die Frage nach körperlichen Entzugserscheinungen beantworten lediglich vier der befragten Personen, von ihnen gibt nur eine an, dass solche Anzeichen nie auftreten. Nur zwei Befragte stellen keine fortschreitende Vernachlässigung anderer Interessen fest, und sechs Befragte geben an, dass der Alkoholkonsum trotz schädlicher Folgen anhält (in drei Fällen manchmal, in zwei Fällen häufig, in einem Fall immer). (Frage 14 des Fragerasters: Liegen die Folgenden Symptome einer Alkoholabhängigkeit nach ICD-10 ... vor?)

Sechs der acht Angehörigen mit problematischem Alkoholkonsum sind nach Auskunft der Befragten early onset drinkers, bei vier von ihnen waren Auslöser für den problematischen Alkoholkonsum verantwortlich – die Frühpensionierung, psychische Probleme. Die Pensio-

nierung spielte bei den late onset drinkers eine Rolle – in einem Fall ganz einfach weil mehr Zeit für das Trinken zur Verfügung steht.

Tabelle 3: Der Gesundheitszustand älterer Personen mit problematischem Alkoholkonsum im Vergleich zu Personen derselben Altersgruppe ohne problematischen Alkoholkonsum

Aspekt	Viel schlechter	Etwas schlechter	Ähnlich	Etwas besser	Viel besser
Psychischer Gesundheitszustand	-	25,0%	75,0%	-	-
Physischer Gesundheitszustand	12,5%	25,0	62,5%	-	-
Soziale Beziehungen	-	62,5%	12,5%	12,5%	12,5%
Qualität der Freizeitbeschäftigung	16,7%	33,3%	50,0%	-	-

NB Für jeden Aspekt ist der jeweils höchste Wert grau hinterlegt.

NB Die Frage nach der Qualität der Freizeitbeschäftigung beantworteten sechs der acht Befragten.

Frage 16 des Fragerasters: Wie bewerten Sie folgende Lebensbereiche bei älteren Personen mit problematischem Alkoholkonsum im Vergleich zu älteren Personen ohne problematischen Alkoholkonsum?

An gesundheitsrelevanten Ressourcen nennen die befragten Angehörigen – ausschliesslich für Männer – die anderweitigen Interessen und Aktivitäten, die Mobilität sowie die Möglichkeit, den problematischen Alkoholkonsum thematisieren zu können.

Lediglich eine Minderheit der Angehörigen der befragten Personen konsumierte weitere Substanzen.

Tabelle 4: Kombination problematischer Alkoholkonsum älterer Menschen und Konsum anderer Substanzen

Substanz	Nie	Selten	Manchmal	Häufig	Immer
Schlaf- und Beruhigungsmittel	62,5%	37,5%	-	-	-
Schmerzmittel (Opiate)	100,0%	-	-	-	-
Schmerzmittel(ohne Opiate)	62,5%	12,5%	12,5%		12,5%
Tabak	57,1%	14,3%		14,3%	14,3%
Cannabis	100,0%	-	-	-	-
Kokain	100,0%	-	-	-	-
Opiate	100,0%	-	-	-	-
Weitere Substanzen*)	75,0%	25,0%	-	-	-

NB Für jede Substanz ist der jeweils höchste Wert grau hinterlegt.

NB Nicht alle Befragten machten zu allen Substanzen Angaben.

Frage 17 des Fragerasters: Wie häufig werden die jeweiligen Stoffe von der betroffenen Person in Verbindung mit Alkohol eingenommen?

Die Motivation Ihrer Angehörigen zu einer Reduktion des Alkoholkonsums schätzen die befragten Personen sehr unterschiedlich ein:

Tabelle 5: Grad der Motivation zur Verhaltensänderung

Sehr gering	75,0%
Eher gering	-
Eher hoch	12,5%
Sehr hoch	12,5%

NB 7 der 8 Befragten machten Angaben.

Frage 20 des Fragerasters: Wie schätzen Sie die Motivation der betroffenen Person ein, das Verhalten zu ändern und weniger oder gar keinen Alkohol mehr zu trinken? Verhaltensänderung ein?

Zugang zu Alkohol verschaffen sich die Angehörigen der befragten Personen in der Regel selbst, die am zweithäufigsten genutzte Quelle sind Angehörige, welche sie mit Alkohol versorgen.

Tabelle 6: Wie verschaffen sich ältere Personen mit problematischem Konsum Zugang zu Alkohol?

Art des Zugangs	Nie	Selten	Manchmal	Häufig	Immer
Selbstversorgung	-	-	-	25,0%	75,0%
Über Angehörige	75,0%	-	12,5%	12,5%	-
Über Pflege-, Betreuungs- personal	100,0%	-	-	-	-
In Cafeteria oder Kantine	100,0%	-	-	-	-
Bestellung (Telefon, Taxi, Internet)	100,0%	-	-	-	-

NB Für jeden Versorgungsart ist der jeweils höchste Wert grau hinterlegt.

NB Ausser für die Möglichkeit „Cafeteria oder Kantine“, wo nur sieben Personen Angaben machten, beantworteten alle acht befragten Personen die Fragen.

Frage 19 des Fragerasters: Über welche Wege besorgt die betroffene Person ihre alkoholischen Getränke?

Konsumiert wird der Alkohol vor allem allein, manchmal auch in Gesellschaft im eigenen Heim und im Restaurant.

Tabelle 7: Wie konsumieren ältere Personen mit problematischem Konsum Alkohol?

Aspekt	Nie	Selten	Manchmal	Häufig	Immer
Zuhause, allein	-	-	-	25,0%	75,0%
Zuhause, in Gesellschaft	25,0%	25,0%	12,5%	12,5%	25,0%
In Restaurants	25,0%	12,5%	12,5%	-	50,0%
Bei Freunden / Bekannten	25,0%	25,0%	25,0%	12,5%	12,5%
Sonstige Situationen	100,0%	-	-	-	-

NB Für jeden Art des Konsums ist der jeweils höchste Wert grau hinterlegt.

NB Ausser für die Möglichkeit „sonstige Situationen“, wo nur zwei Personen Angaben machten (ohne diese zu spezifizieren), beantworteten alle acht befragten Personen die Fragen.

Fragen 20 des Fragerasters: In welchen Situationen konsumieren die betroffenen Personen überwiegend Alkohol?

Tabelle 8: Häufigkeit der Verheimlichung von problematischem Alkoholkonsum

Nie	50,0%
Selten	-
Manchmal	12,5%
Häufig	12,5%
Immer	25,0%

Frage 21 des Fragerasters: Verheimlicht die betroffene Person ihren Alkoholkonsum?

Die Verheimlichung problematischen Alkoholkonsums ist in der Wahrnehmung der befragten Angehörigen in der Hälfte der Fälle mindestens manchmal ein Problem. Und wer den problematischen Konsum nicht verheimlicht, ist sich - wie in einem Fall bemerkt - der Problematik seines Konsums nicht notwendigerweise bewusst.

Der Aufwand für die Betreuung Ihrer Angehörigen mit problematischem Alkoholkonsum ist nur der Hälfte der befragten Personen zufolge eine zusätzliche Belastung: In zwei Fällen wird explizit gemacht, dass der eigene Alltag sich dem Alkoholkonsum anpasst, beispielsweise indem weniger Ausflüge unternommen werden, weil der Austausch sich reduziert oder indem die Zeit zuhause nicht autonom gestaltet werden kann. Sorge und Angst sind weitere Belastungen, auch hinsichtlich der sozialen Auffälligkeit; der problematische Alkoholkonsum von Angehörigen kann ein Grund für Scham sein. (Frage 23: Inwiefern entstehen Ihnen innerhalb Ihrer Betreuung zusätzliche Belastungen durch den problematischen Alkoholkonsum des / der Angehörigen?)

3.2.2 Einstellungen und Verhalten

Sieben der acht befragten Angehörigen schätzen Massnahmen zur Vorbeugung von problematischem Alkoholkonsum auch bei älteren Menschen als sinnvoll und durchführbar ein. An Möglichkeiten für Vorbeugemassnahmen nennen sie die Notwendigkeit der frühen Prävention (vom jugendlichen Alter an) und der dauernden Wiederholung der Präventionsbotschaften, Einzelgespräche mit Fachpersonen, die auch für die Angehörigen wichtig sind, sowie die soziale Integration und das Beibehalten von Aktivitäten; beides hilft aus Sicht der befragten Personen, dass der Alkoholkonsum nicht ansteigt. Sie identifizieren allerdings auch Grenzen der Vorbeugung (und sie benennen dabei im Grunde schon Grenzen der Behandlung des problematischen Konsums): Den mangelnden Willen oder – im Fall einer Sucht – die mangelnde Möglichkeit zur Prävention. (Frage 22 des Fragerasters: Massnahmen zur Vorbeugung von problematischem Alkoholkonsum sind auch bei älteren Menschen sinnvoll und durchführbar.)

Die Möglichkeit zur Behandlung von problematischem Alkoholkonsum schätzen ebenfalls sieben von acht befragten Personen als positiv ein. An Massnahmen nennen sie Entwöhnung in Hinblick auf Enthaltbarkeit, die Unterstützung durch spezialisierte Organisationen und regelmässige Beratungsbesuche, idealerweise zusammen mit Hausarzt und Angehörigen. Als Voraussetzung für den Erfolg von Eingriffen und als deren Grenze nennen die Befragten den Willen der Betroffenen, ihren Alkoholkonsum zu reduzieren. (Frage 22 des Fragerasters: Massnahmen zur Behandlung von problematischem Alkoholkonsum sind auch bei älteren Menschen sinnvoll und durchführbar.)

Erfahrungen mit Massnahmen zur Reduktion problematischen Alkoholkonsums bestehen bei fünf der acht Befragten. An erster Stelle nennen sie die freiwillige zeitweilige Reduktion des Konsums. An Massnahmen mit Unterstützung von Dritten nennen die befragten Personen die Kontaktnahme mit Beratungsstellen und mit dem Hausarzt sowie die Vereinbarung im Haushalt über die Quantität des zu trinkenden Alkohols. Obwohl der Erfolg nicht durchschlagend war, werden die Massnahmen eher positiv bis sehr positiv beurteilt - allerdings ist auch zu bemerken, dass zwei Angehörigen sich explizit gegen die Realisierung von Massnahmen wehrten. Barrieren für die Durchführung der Massnahmen bestanden ausserdem in der Unsicherheit in Hinblick auf Gespräche mit Fachleuten. Nur in einem Fall identifizierten die befragten Angehörigen von Personen mit problematischem Alkoholkonsum zeitliche oder finanzielle Restriktionen sowie mangelnde Kenntnisse von Behandlungsangeboten als Hindernis für die Durchführung einer Massnahme. (Fragen 24 bis 27: Wie sind Ihre Erfahrungen bei der Durchführung von konkreten Massnahmen ...? Welche Massnahmen haben Sie bereits durchgeführt? Wie bewerten Sie die durchgeführten Massnahmen? Welche allfälligen Barrieren erschweren Ihnen die Durchführung von ... Massnahmen ...?)

3.2.3 Vorhandene Hilfsangebote und Bedarf an Hilfsangeboten

Ihre Kenntnisse zum Erkennen von Alkoholproblemen bei älteren Menschen beurteilen fünf der acht befragten Personen als gut oder befriedigend. Bloss eine Person findet, sie kenne sich bei Möglichkeiten zur Behandlung von Alkoholproblemen aus – zwei weitere Befragte schätzen Ihre entsprechenden Kenntnisse als ungenügend ein, die übrigen Personen machen keine Angaben. (Fragen 28 und 29 des Fragerasters: Wie sind Ihre Kenntnisse zum Erkennen von Alkoholproblemen bei älteren Personen? Wie ist Ihr Know-how zur Behandlung von Alkoholproblemen bei älteren Menschen?)

Nach dem Nutzen – für die befragten Personen selbst – von Instrumenten gefragt (Frage 30 des Fragerasters), zeigt sich, dass die Angehörigen von Personen mit problematischem Alkoholkonsum nicht selbst in die Rolle von TherapeutInnen kommen wollen, respektive von der Frage überfordert sind (es antworten jeweils maximal die Hälfte der befragten Personen):

Tabelle 9: Nutzen von Instrumenten für den Umgang mit problematischem Alkoholkonsum bei älterem Menschen?

	Ja	Nein
Screeninginstrumente – Checkliste zur Abklärung	2 Personen	1 Person
Schulung zur Durchführung von Kurzinterventionen	1 Person	3 Personen
Schulung zur Durchführung von längerfristigen Begleitungen	2 Personen	2 Personen

Ähnlich sind die Reaktionen auf die Frage nach dem Bedarf an Instrumenten und Methoden für den Umgang mit problematischem Alkoholkonsum bei älteren Menschen (Frage 31 des Fragerasters). Wiederum macht bloss ein Teil der befragten Personen Angaben, und auch die Antwortenden weisen in den Präzisierungen zum Teil darauf hin, dass die Frage eher an SpezialistInnen zu richten ist.

Tabelle 10: Bedarf an Instrumenten für den Umgang mit problematischem Alkoholkonsum bei älterem Menschen sinnvoll?

	Ja	Nein
Bedarf an Schulungsmassnahmen	5 Personen	1 Person
Bedarf an Leitfäden	3 Personen	2 Personen
Bedarf an Möglichkeiten zum Austausch mit anderen betroffenen Angehörigen	5 Personen	2 Personen
Bedarf an Möglichkeit zum Austausch mit Fachpersonen	4 Personen	2 Personen

Auffällig ist, dass eine deutliche Mehrheit der befragten Personen einen Bedarf an Schulungsmassnahmen und auch einen Bedarf an Austausch mit anderen betroffenen Angehörigen und mit Fachpersonen feststellt. Das reflektiert den Wunsch danach, die bisweilen emp-

fundene Einsamkeit vor dem Problem zu überwinden und nicht allein auf sich gestellt zu sein bei der Konfrontation damit – auch wenn, so sagt eine befragte Person – das die Probleme nicht löst.

Mit einer offenen Frage wurde versucht, den Unterstützungsbedarf der Angehörigen von Betroffenen selbst bestimmen zu lassen (Frage 32 des Fragerasters: Welche Unterstützungsangebote wären für Sie hilfreich?). Genannt wurde dabei die Unterstützung bei der Motivation der Person mit problematischem Alkoholkonsum, diesen zu reduzieren, die Bedeutung des Freundeskreises, die Unterstützung der persönlichen Stabilität für die Konfrontation mit der eigenen Hilflosigkeit, der Ohnmacht und dem Schamgefühl angesichts des problematischen Alkoholkonsums von Angehörigen. Und genannt wurde auch Unterstützung für die Realisierung der ersten Schritte zur Reduktion des Alkoholkonsums.

3.3 Ergebnisse der Befragung von Fachpersonen

3.3.1 Problemlast

Die befragten Fachpersonen arbeiten in der Mehrzahl eng mit älteren Personen zusammen. 59% von ihnen haben in ihrer direkten Klientel einen mehr als 50%-Anteil an Personen zwischen 65 und 70 Jahren, bei 23,6% von ihnen beträgt der Anteil der KlientInnen zwischen 70 und 80 Jahren mehr als 50%, und die über 80jährigen machen bei 11,8% der Befragten einen Anteil von mindestens 50% der Klientel aus. (Frage 8 des Fragerasters) Mehr als 80% der befragten Fachpersonen sind mindestens manchmal mit problematischem Alkoholkonsum konfrontiert, mehr als die Hälfte der befragten Personen hat häufig oder sogar immer mit dem Phänomen zu tun. (Frage 12 des Fragerasters: Wie häufig werden Sie bei Ihrer Arbeit mit älteren Menschen mit problematischem Alkoholkonsum konfrontiert?) Problematischer Alkoholkonsum von älteren Menschen ist also ein in der Praxis wahrgenommenes Problem.

Festgestellt wird das Problem bei einzelnen Personen auf unterschiedliche Weise, gelegentlich ist der problematische Konsum offensichtlich: Sichtbare Trunkenheit, Ausdünstungen (und ihre Verdeckung mit Parfum oder Pastillen), körperliche Verhaltensweisen (Zittern, Torkeln, Hautfarbe, Art des Sprechens, etc.), Verwahrlosung, Gereiztheit und Aggressivität, Rückzug, Stürze, kognitive Störungen, Demenz, Verleugnung der Problematik, Entsorgung von Leergut (durch Pflegepersonal) sind Indikatoren, welcher sich die Fachpersonen bedienen. (Frage 14 des Fragerasters: Anhand welcher Anzeichen erkennen Sie in der Regel problematischen Alkoholkonsum bei älteren Menschen?) Gelegentlich sind aber auch Diagnose-Gespräche, die Anwendung von Screening-Instrumenten oder der Einsatz von Laborabklärungen und neuro-psychologischen Untersuchungen notwendig, um des problematischen Konsums überhaupt gewahr zu werden.

Die Beurteilung der Problemlast ist allerdings nicht immer einheitlich. Im Gespräch mit Gesundheits- und Betreuungspersonal werden zwei grundsätzlich unterschiedliche Einschätzungen deutlich. Der problematische Alkoholkonsum älterer Menschen wird bisweilen als nicht prioritäres Gesundheitsproblem angesehen. In dieser Sicht beruht die Lebensqualität dieser Bevölkerungsgruppe eher auf dem problematischen Konsum von Alkohol als auf einem aus medizinischer Perspektive vertretbaren, also reduzierten Konsum von Alkohol. Eine zweite, mehrheitliche Sicht identifiziert den problematischen Alkoholkonsum als Risikoverhalten, das es auch darum zu verändern gilt, weil es häufig in Kombination mit anderen problematischen Konsumverhalten auftritt und gesundheitliche Schäden nach sich ziehen kann, weil die Gesundheit älterer Bevölkerungssegmente ebenso ernst zu nehmen ist wie die anderer Teile der Population und deshalb die selbe präventive und therapeutische Aufmerksamkeit erhalten soll.

Geschlechtsspezifik der Problemast

Der problematische Alkoholkonsums wird von den befragten ExpertInnen und von der Literatur klar als Problem identifiziert, seine Geschlechtsspezifik ist dagegen weniger deutlich auszumachen: Ein Drittel der befragten Personen verneint aufgrund ihrer Erfahrungen die Existenz einer nach Geschlechtern unterschiedlichen Häufigkeit und Charakteristik problematischen Alkoholkonsums. Das heisst aber auch, dass zwei Drittel der Befragten eine solche Geschlechtsspezifik feststellen.

Die geschätzten Anteile von Frauen und Männern in der Klientel der befragten Fachleute betragen je mindestens einen Fünftel. Auffällig ist, dass zwei Drittel der Fachpersonen mit mindestens 50% und bis zu 80% Frauen in ihrer Klientel zu tun haben. Diese Zahl dürfte die unterschiedlichen Lebenserwartungen von Männern und Frauen widerspiegeln.

Tabelle 11: Anteil Männer und Frauen in der Klientel der befragten Fachleute

%-Anteil befragter Fachleute	%-Anteil Männer	%-Anteil befragter Fachleute	%-Anteil Frauen
21,4%	20-39%	25,0%	20-39%
35,7%	40-49%	7,1%	40-49%
28,7%	50-69%	50,0%	50-69%
14,1%	70-80%	17,8%	70-80%
ca. 100%		ca. 100%	

NB 28 von 37 Befragten machten Angaben

Frage 9 des Fragerasters: Wie hoch schätzen sie den Prozentsatz männlicher und weiblicher SeniorInnen?

Die von befragten Personen genannten wichtigsten Unterscheidungen bezüglich Häufigkeit und Erkennbarkeit problematischen Alkoholkonsums bei Frauen und Männer betreffen die in der untenstehenden Tabelle präsentierten Dimensionen. Es ist zu bemerken, dass damit Tendenzen angegeben werden, die aus einem Zusammenzug der erhaltenen Aussagen ermittelt wurden, denen einzelne der befragten Personen auch widersprechen, dass es also nicht um feststehende Grössen geht. (Frage 13 des Fragerasters: Gibt es Unterschiede hinsichtlich der Häufigkeit problematischen Alkoholkonsums zwischen Männern und Frauen? Frage 14 des Fragerasters: Anhand welcher Anzeichen erkennen Sie in der Regel problematischen Alkoholkonsum bei älteren Menschen.)

Tabelle 12.

Frauen	Männer
allein	in Gesellschaft
– Frauen trinken häufiger allein als Männer.	– „Soziales Trinken“ ist verbreiteter als bei Frauen.
versteckt	offen
– Frauen trinken häufiger als Männer versteckt, sie deklarieren problematischen Konsum seltener offen als Männer dies tun.	– Männer verstecken ihren problematischen Konsum weniger häufig als Frauen.
in Stresssituationen	aus Gewohnheit
– Frauen trinken häufiger als Männer in Stresssituationen. Depressionen und die Wechseljahre können eine wichtige Rolle spielen.	– Der problematische Konsum von Männern ist häufiger als bei Frauen Teil des normalen Soziallebens: Es wird mit Freunden, am Feierabend etc. getrunken.
konsumierter Alkohol	konsumierter Alkohol
– Frauen mit problematischem Konsum trinken häufig Bier und Wein.	– Männer mit problematischem Konsum trinken häufig Bier und Schnaps.
gesellschaftliche Wahrnehmung	gesellschaftliche Wahrnehmung
– Problematischer Konsum von Frauen ist weit stärker tabuisiert als jener von Männern.	– Problematisches Trinken von Männern wird weiterhin eher toleriert als jenes von Frauen.

Eine eindeutige Spezifik nach Geschlechtern besteht bezüglich der Feststellbarkeit von problematischem Alkoholkonsum nicht. Bloss die Hälfte der befragten Personen und zwei Drittel der die Frage beantwortenden Personen identifizieren die Existenz einer solchen Geschlechtsspezifika. Ein Drittel der im Sample vertretenen Fachleute verneint eine solche Geschlechtsspezifika. (Frage 14 des Fragerasters: Anhand welcher Anzeichen erkennen Sie in der Regel problematischen Alkoholkonsum bei älteren Menschen?) Ausserdem sind die Nennungen zum Teil widersprüchlich – so werden beispielsweise Euphorie und Demenz von unterschiedlichen Befragten sowohl für Männer wie für Frauen als spezifische Anzeichen von problematischem Konsum angegeben. Eindeutige Anzeichen scheinen nach Einschätzung der Befragten die grössere (verbale und körperliche) Aggressivität von Männern mit problematischem Konsum zu sein, die bei Frauen verstärkte bestehende Unfallgefährdung (Sturzgefahr).

Eine geschlechtsspezifische Tendenz lässt sich jedoch bezüglich der Verheimlichung problematischen Alkoholkonsums feststellen. Die Angabe in der obigen Tabelle, dass Männer mehr als Frauen offen Alkohol auf problematische Weise konsumieren, lässt sich aufgrund der Befragung von ExpertInnen folgendermassen präzisieren: Während die Verheimlichung problematischen Konsums eine sehr verbreitetes Phänomen zu sein scheint, geben fast die Hälfte der Befragten an, dass besonders Frauen ihren Konsum verheimlichen. Das hat dann u.U. zur Folge, dass das Problem bei Frauen vom sozialen und pflegerischen Umfeld weniger schnell erkannt wird. Eine der befragten Personen gibt an, dass die Verheimlichung die

Person mit problematischem Konsum auch diese selbst betreffen kann: Nicht immer sind sich Betroffene der Problematik ihres Verhaltens bewusst, wollen sie sich dessen bewusst sein.

Tabelle 13: Häufigkeit der Verheimlichung von problematischem Alkoholkonsum

Nie	-
Selten	5,7%
Manchmal	14,3%
Häufig	65,7%
Immer	14,3%

NB 35 von 37 Befragten machten Angaben

Frage 23 des Fragerasters: Wie häufig verheimlichen ältere Menschen mit problematischem Alkoholkonsum ihren Alkoholkonsum?

Problemlast und sozio-ökonomische Benachteiligung

Die befragten Fachleute sehen unter den Personen, mit denen sie arbeiten, Menschen in schwierigen sozialen und wirtschaftlichen Situationen teilweise stark vertreten. Mehr als die Hälfte der befragten Fachleute hat einen Anteil zwischen 40 und 95% an sozio-ökonomisch benachteiligten Personen in ihrer Klientel. Gut 33% der befragten ExpertInnen sehen in ihrem Arbeitsalltag zwischen 20 und 39% Personen, die unter sozio-ökonomischen Benachteiligungen leiden, und bei den übrigen 10% der befragten Fachleute beträgt dieser Anteil zwischen 0 und 19%.

Tabelle 14: Anteil sozioökonomisch benachteiligter Personen in der Klientel der befragten Fachleute

%-Anteil befragter Fachleute	%-Anteil s-ö. benachteiligter Personen in der Klientel
10,0%	0-19%
16,6%	20-29%
16,6%	30-39%
20,0%	40-59%
23,3%	60-79%
13,3%	80-95%
ca. 100%	

NB 30 von 37 Befragten machten Angaben

Frage 10 des Fragerasters: Welchen Anteil haben sozioökonomisch benachteiligte SeniorInnen ... innerhalb Ihrer Zielgruppe?

Ein Zusammenhang zwischen sozioökonomischer Benachteiligung und problematischem Alkoholkonsum kann aufgrund dieser Daten durchaus vermutet werden, jedenfalls haben einige der befragten Fachleute mit einem Anteil sozioökonomischer Benachteiligung zu tun,

der weit über jener der Gesamtbevölkerung liegt. Der Fall ist das bei Spitex-Diensten ebenso wie bei auf SeniorInnen spezialisierten Organisationen, psychiatrischen Diensten und auf Suchtverhalten spezialisierten Einrichtungen sowie Altersheimen.

Problemlast und Bevölkerung mit Migrationshintergrund

Wieder liegen Zahlen zur Vertretung dieser Personengruppe in der Klientel der befragten Fachleute vor, nicht aber Zahlen zum problematischen Alkoholkonsum von Personen mit Migrationshintergrund. Auffällig ist, dass die Prozentzahlen der Personen mit Migrationshintergrund in der Klientel der befragten Fachleute deutlich tiefer liegen als jene der Personen mit sozio-ökonomischer Benachteiligung. Fast ein Fünftel der befragten ExpertInnen haben überhaupt keinen Kontakt mit Personen mit Migrationshintergrund, und fast 30% von ihnen schätzen den entsprechenden Anteil auf höchstens 9%. Ein Viertel der Auskunft gebenden Fachleute begegnet in seinem Arbeitsalltag einen Anteil von Personen mit Migrationshintergrund, der zwischen 10 und 19% liegt.

Tabelle 15: Anteil der Personen mit Migrationshintergrund in der Klientel der befragten Fachleute

%-Anteil befragter Fachleute	%-Anteil der Personen mit Migrationshintergrund in der Klientel
18,8%	0%
28,1%	1-9%
25,0%	10-19%
12,5%	20-29%
6,3%	30-49%
9,3%	50-80%
100%	

NB 32 von 37 Befragten machten Angaben

Frage 11 des Fragerasters: Welchen Anteil haben SeniorInnen mit Migrationshintergrund (selber in die Schweiz integriert) innerhalb Ihrer Zielgruppe?

Die Auffälligkeit der schwachen Vertretung von Personen mit Migrationshintergrund bei der überwiegenden Mehrheit der befragten Fachleute kann verschiedene Gründe haben: Eine naheliegende Erklärung besteht darin, den Zugang – der Angebote zur Zielgruppe der Personen mit Migrationshintergrund und der Personen mit Migrationshintergrund zu den Angeboten – als ungenügend zu beurteilen. Diese Erklärung erklärt das beobachtete Phänomen aber nur teilweise. Zu beachten ist auch, dass ein Teil der Bevölkerung mit Migrationshintergrund aus sozialen und kulturellen (religiösen) Gründen überhaupt nicht Alkohol konsumiert, dass die „zu erwartende“ Zahl von Personen mit Migrationshintergrund, mit welcher Fachleute des problematischen Alkoholkonsums in Kontakt kommen, tiefer liegt als jener der Bevölkerung mit Schweizer Pass. Zum genaueren Verständnis der Sachlage, auch zur Beantwortung der Frage, welche Schnittmenge zwischen sozio-ökonomisch benachteiligten

Personen und Personen mit Migrationshintergrund in der Klientel der befragten Fachleute besteht, würden eingehendere Untersuchungen Hinweise liefern.

Problematischer Alkoholkonsum in Kombination mit dem Konsum anderer Substanzen

Problematischer Alkoholkonsum ist häufig nur eines verschiedener problematischer Konsumverhalten der betroffenen Personen. Die Einschätzungen der befragten Fachleute zeigen, dass problematischer Alkoholkonsum manchmal bis häufig oder sogar immer in Kombination mit dem Konsum von Schlaf- und Beruhigungsmitteln, Schmerzmitteln und Tabak auftritt. Die höchsten Werte erreichen erstens Tabak und zweitens Schlaf- und Beruhigungsmittel. Zu bemerken ist hier, dass Schlaf- und Beruhigungs- sowie Schmerzmittel bisweilen von medizinischem Personal verordnet sind.

Tabelle 16: Kombination problematischer Alkoholkonsum älterer Menschen und Konsum anderer Substanzen

Substanz	Nie	Selten	Manchmal	Häufig	Immer
Schlaf- und Beruhigungsmittel	-	12,1%	27,3%	57,6%	3,0%
Schmerzmittel (Opiate)	-	41,4%	44,8%	13,8%	-
Schmerzmittel (ohne Opiate)	-	20,0%	36,7%	43,3%	-
Tabak	2,9%	2,9%	17,1%	60,0%	17,1%
Cannabis	66,7%	21,2%	3,0%	9,1%	-
Kokain	90,3%	3,2%	6,5%	-	-
Opiate	63,6%	33,3%	-	3,0%	-
Weitere Substanzen ^{*)}	85,7%	-	-	14,3%	-

^{*)} Genannt wurden Pflaster gegen Schmerzen und Psychopharmaka

NB Für jede Substanz ist der jeweils höchste Wert grau hinterlegt.

NB Nicht alle Befragten machten zu allen Substanzen Angaben.

Frage 15 des Fragerasters: Wie häufig geht der problematische Alkoholkonsum bei Ihren älteren KlientInnen aus Ihrer Sicht mit anderen Substanzen einher?

In einer geringen Zahl der von den Fachpersonen referierten Fälle, resp. sogar nie, ist der problematische Alkoholkonsum mit dem Konsum von Cannabis, Kokain und Opiaten kombiniert. Bemerkt wurde von befragten Fachpersonen aber auch, dass der Co-Konsum von Alkohol und Cannabis in den nächsten Jahren bei über 65jährigen aufgrund des Alterns von Personen, welche seit ihrer Jugend Cannabis zu sich nehmen, ansteigen wird. Aktuell ist er am häufigsten bei Personen um 55 Jahre zu beobachten.

Problematischer Alkoholkonsum bei gleichzeitiger psychiatrischer Diagnose

Der Zusammenhang zwischen problematischem Alkoholkonsum und psychiatrischen Diagnosen ist für das befragte Sample eindeutig: Psychiatrische Diagnosen treten – den Erfahrungen der befragten Personen zufolge – nur bei ca. 3% der Personen mit problematischem

Alkoholkonsum nicht auf. Damit ist die Population der Personen mit problematischem Alkoholkonsum sicher stärker von psychiatrischen Diagnosen betroffen als die Gesamtbevölkerung. In fast 12% der Fälle ist die Kombination – immer noch in der Beobachtung der befragten Personen – fix, in der Hälfte der Fälle tritt die Kombination häufig auf, und ein Drittel der Fälle problematischen Alkoholkonsums ist selten oder manchmal mit psychiatrischen Diagnosen kombiniert. (Frage 16 des Fragerasters: Wie oft liegt eine zusätzliche psychiatrische Diagnose ... vor?)

Eine Geschlechtsspezifität liegt dabei aus Sicht der Auskunft gebenden Personen nicht vor. Mehr als drei Viertel von ihnen verneinen einen Zusammenhang zwischen Geschlecht und psychiatrischer Diagnose. Und die Angaben des übrigen Viertels der befragten Fachpersonen behaupten zwar eine männliche und weibliche Spezifität der in Korrelation mit problematischem Alkoholkonsum auftretenden psychischen Auffälligkeiten, weisen aber beiden Geschlechtern dieselben psychiatrischen Diagnosen zu. Die am häufigsten genannten Befunde sind, für beide Geschlechter, Depression und Demenz.

Häufigkeit von Symptomen nach ICD-10 410 (F.10.2)

Der problematische Konsum von Alkohol geht sehr häufig mit dem Auftreten von Symptomen einher, welche nach ICD-10 Anzeichen einer Alkoholabhängigkeit sind. Am stärksten vertreten sind der Wunsch oder Zwang, Alkohol zu konsumieren, die verminderte Kontrollfähigkeit und die Vernachlässigung anderer Interessen.

Diese Angaben lassen sich auch als Ausdruck der Unschärfe der Abgrenzung zwischen „problematischem Alkoholkonsum“ und „Alkoholabhängigkeit“ deuten. Die Beobachtung von Symptomen nach ICD-10 identifiziert Abhängigkeit, nicht problematischen Konsum.

Tabelle 17: Kombination problematischen Alkoholkonsums älterer Menschen mit Symptomen nach ICD 10

Anzeichen	Nie	Selten	Manchmal	Häufig	Immer
Starker Wunsch oder Zwang	-	2,9%	5,7%	71,4%	20,0%
Verminderte Kontrollfähigkeit	-	8,6%	14,3%	65,7%	11,4%
Körperliche Entzugerscheinungen	2,9%	8,8%	29,4%	52,9%	5,9%
Nachweis einer Toleranz	-	20,0%	20,0%	43,3%	16,7%
Vernachlässigung anderer Interessen	-	2,9%	5,9%	70,6%	20,6%
Konsum trotz schädlicher Folgen	-	-	9,1%	75,8%	15,2%

NB Für jedes Symptom ist der jeweils höchste Wert grau hinterlegt.

NB 30-35 der 37 Befragten machten zu den Symptomen Angaben.

Frage 17 des Fragerasters: Wie oft liegen die folgenden Symptome einer Alkoholabhängigkeit nach ICD-10 vor?

Die Frage nach Alkoholabhängigkeit von early onset und late onset drinkers ist nach Ansicht der befragten Personen, welche sich dazu äussern, nicht leicht zu beantworten. Aus ihrer Sicht verteilt sich die Häufigkeit von Alkoholabhängigkeit folgendermassen auf die beiden

Gruppen – auch wenn die empirische Grundlage dünn ist, lässt sich aus den Angaben ablesen, dass die Gruppe älterer Personen mit Alkoholabhängigkeit vorwiegend aus early onset drinkers besteht:

Tabelle 18: Alkoholabhängigkeit bei early und bei late onset drinkers

Anzeichen	Nie	Selten	Manchmal	Häufig	Immer
Early onset drinkers	2,7%	8,8%	26,5%	47,1%	14,7%
Late onset drinkers	8,8%	20,6%	50,0%	20,6%	-

NB Für jede Gruppe ist der jeweils höchste Wert grau hinterlegt.

NB 34 der 37 Befragten machten Angaben.

Frage 18 des Fragerasters: Wie oft handelt es sich dabei nach Ihrer Einschätzung um Altersalkoholabhängigkeit?

Die befragten Fachpersonen nennen eine ganze Reihe an Auslösern und Gründen für den Beginn der Alkoholabhängigkeit. Die häufigsten Nennungen fallen auf die folgenden Punkte – es handelt sich mit auffälliger Häufigkeit um schwierige Lebenssituationen (critical life events), besonders um Verlusterfahrungen im privaten Bereich oder im Arbeitsleben:

Tabelle 19: Gründe für den Beginn des problematischen Alkoholkonsums

Early onset drinkers	Late onset drinkers
<ul style="list-style-type: none"> – Verlust der Arbeitsstelle – Trennung vom Partner oder von Angehörigen 	<ul style="list-style-type: none"> – Pensionierung, Gefühl des Verlusts von Lebenssinn – Verlust von Tagesstrukturen

Frage 18 des Fragerasters: Wie oft handelt es sich dabei nach Ihrer Einschätzung um Altersalkoholabhängigkeit?
Was waren die Gründe/Ursachen, die dazu geführt haben?

Weitere von den befragten Fachleuten genannte Gründe für problematischen Alkoholkonsum sind bei early onset drinkers finanzielle Engpässe, Wohnungswechsel und damit u.U. Wechsel des sozialen Umfelds, gesundheitliche Veränderungen, bei late onset drinkers der Heimeintritt und Vereinsamung.

Vergleich des Gesundheitszustands von älteren Personen mit problematischem Alkoholkonsum und jenem älterer Personen ohne problematischen Alkoholkonsum

Der Gesundheitszustand von älteren Personen mit problematischem Alkoholkonsum wird von den befragten Fachleuten als vergleichsweise schlecht eingeschätzt, und zwar in der Regel dramatisch schlechter und für alle Bereiche (physische und psychische Gesundheit, Qualität der Sozialbeziehungen und der Freizeitbeschäftigungen).

Tabelle 20: Der Gesundheitszustand älterer Personen mit problematischem Alkoholkonsum im Vergleich zu Personen der selben Altersgruppe ohne problematischen Alkoholkonsum

Aspekt	Viel schlechter	Etwas schlechter	Ähnlich	Etwas besser	Viel besser
Psychischer Gesundheitszustand	52,9%	41,2%	2,9%	2,9%	-
Physischer Gesundheitszustand	54,4%	42,4	3,0%	-	-
Soziale Beziehungen	52,9%	35,3%	11,8%	-	-
Qualität der Freizeitbeschäftigung	68,6%	22,9%	8,6%	-	-

NB Für jeden Aspekt ist der jeweils höchste Wert grau hinterlegt.

NB Nicht alle Befragten machten zu allen Aspekten Angaben.

Frage 19 des Fragerasters: Wie bewerten Sie folgende Lebensbereiche bei älteren Personen mit problematischem Alkoholkonsum im Vergleich zu älteren Personen ohne problematischen Alkoholkonsum?

Kein klares Bild ergibt sich in diesem Bereich bezüglich der Unterschiede zwischen Männern und Frauen: 13 der befragten Personen sagen, es bestehe eine Geschlechtsspezifität der Gesundheit von älteren Personen mit problematischem Alkoholkonsum, 17 der befragten Personen verneinen dies. Die entsprechenden Präzisierungen sind jedoch Einzelaussagen, welche sich nicht zu einem kohärenten und unwidersprüchlichen Gesamtbild verdichten. Sowohl Männern wie Frauen schreiben einige der befragten Fachpersonen einen vergleichsweise schlechteren Gesundheitszustand zu, beiden Geschlechtern werden bessere soziale und physische Ressourcen zugeschrieben, Männer wie Frauen gelten umgekehrt einzelnen der befragten Fachpersonen als besonders ressourcenarm, um problematischen Alkoholkonsum reduzieren zu können.

3.3.2 Zugang zu Alkohol und Konsum

Von besonderem Interesse für die Planung von Massnahmen zur Reduktion des problematischen Alkoholkonsums älterer Menschen ist nach Einschätzung der Befragten die Kenntnis der konkreten Bedingungen des Konsums: Wie verschaffen sich ältere Personen Zugang zu Alkohol, wie gestalten sie den Konsum? Aufgrund dieser Kenntnisse lassen sich Massnahmen präziser und adäquater planen.

Zugang zu Alkohol

Personen mit problematischem Alkoholkonsum können sich auch dann Zugang zu alkoholischen Getränken verschaffen, wenn sie selbst nicht mehr mobil sind. Die Selbstversorgung (einschliesslich des Konsums in Restaurants und Kantinen von Einrichtungen) ist nach Angaben der befragten Personen die wichtigste Quelle, aber das soziale Umfeld, Einrichtungen, die Alkohol anbieten und die Versorgung durch Lieferanten, bei denen Bestellungen

aufgegeben werden, ermöglichen den Zugang ebenfalls, und das besonders für Personen mit eingeschränkter Mobilität.

Tabelle 21: Wie verschaffen sich ältere Personen mit problematischem Konsum Zugang zu Alkohol?

Art des Zugangs	Nie	Selten	Manchmal	Häufig	Immer
Selbstversorgung	-	2,9%	17,6%	73,5%	5,9%
Über Angehörige	8,8%	38,2	35,2%	17,6	-
Über Pflege-, Betreuungspersonal	30,0%	33,3%	23,63%	13,3%	-
Über Mitbewohner	19,2%	38,5%	38,5%	3,8%	-
In Cafeteria oder Kantine	26,1%	21,7%	26,1%	26,1%	-
In öffentlichen Restaurants	6,1%	9,1%	36,4%	48,5%	-
Bestellung (Telefon, Taxi, Internet)	25,9%	25,9%	29,6%	18,6%	-

NB Für jeden Versorgungsart ist der jeweils höchste Wert grau hinterlegt.

NB zwischen 23 und 34 der 37 Befragten machten zu allen Zugangswegen zu Alkohol Angaben.

Frage 21 des Fragerasters: Über welche Wege besorgen ältere Personen mit problematischem Alkoholkonsum ihre alkoholischen Getränke überwiegend?

Zu präzisieren wären die gesammelten Angaben nach Altersgruppen und Gebrechlichkeit. Es ist anzunehmen, dass die jüngeren Alten vor allem SelbstversorgerInnen sind und dass Personen über 75 Jahre regelmässiger darauf angewiesen sind, für den Zugang zum Alkohol Unterstützung von Dritten zu erhalten.

Konsum von Alkohol

Die Praxis des problematischen Alkoholkonsums ist unterschiedlich. Eine grosse Auffälligkeit besteht darin, dass fast alle befragten Fachpersonen den Konsum im eigenen Heim und ohne Gesellschaft beobachten. Gleichzeitig ist diese Art des Alkoholkonsums nicht die einzige – weder insgesamt noch für die betroffenen Personen.

Tabelle 22: Wie konsumieren ältere Personen mit problematischem Konsum Alkohol?

Aspekt	Nie	Selten	Manchmal	Häufig	Immer
Zuhause, allein	-	-	3,2%	90,3%	6,5%
Zuhause, in Gesellschaft	3,3%	46,7%	40,0%	10,0%	-
In Restaurants	-	19,4%	35,5%	45,2%	-
Bei Freunden / Bekannten	7,1%	50,0%	35,7%	7,1%	-
Sonstige Situationen	-	14,3%	28,6%	57,1%	-

NB Für jeden Art des Konsums ist der jeweils höchste Wert grau hinterlegt.

NB Zwischen 26 und 31 der 37 Befragten machten zu allen Konsumarten Angaben.

Fragen 22 des Fragerasters: In welchen Situationen konsumieren ältere Personen mit problematischem Alkoholkonsum ihre alkoholischen Getränke überwiegend?

Die vereinzelt Nennungen von weiteren Konsumarten identifizieren hauptsächlich den öffentlichen Raum (Parks) als Orte für den Konsum. Gemäss den Angaben zur Geschlechtsspezifität des Konsums (siehe auch Abschnitt 3.1.1) trinken Männer häufiger als Frauen in Gesellschaft und in öffentlichen Räumen, einschliesslich Restaurants.

3.3.3 Motivation für Verhaltensänderungen

Der Erfolg von Interventionen zur Reduktion problematischen Alkoholkonsums hängt vom Willen der betroffenen Person ab ihr Verhalten zu ändern. Hier sind die Angaben der ExpertInnen wenig erfreulich. Bei mindestens zwei Dritteln der betroffenen Personen ist die entsprechende Motivation aufgrund der Erfahrungen der befragten ExpertInnen schwach bis sehr schwach ausgebildet. Die Motivation muss erst unterstützend hergestellt werden. Das ist oft schwierig, da Verhaltensmuster verfestigt sind, und da auch Personen, welche aktiv Unterstützung suchen für die Reduktion des Konsums von Alkohol, sich nicht leicht tun mit tatsächlichen Veränderungen, oder da das Umfeld, beispielsweise die Familie, oft Änderungen nicht fördert.

Tabelle 23: Grad der Motivation zur Verhaltensänderung

Sehr gering	32,3%
Eher gering	48,4%
Eher hoch	19,4%
Sehr hoch	-

NB 31 der 37 Befragten machten Angaben.

Frage 20 des Fragerasters: Wie schätzen Sie die Motivation älterer Personen mit problematischem Alkoholkonsum zur Verhaltensänderung ein?

Nur eine Minderheit der befragten Personen (6 von 20 die Frage Beantwortenden) stellt bezüglich Motivation zu Verhaltensänderungen einen Unterschied zwischen Männern und Frauen fest. Die wenigen Elemente, welche genannt werden, betonen die Bedeutung des familiären Umfeldes – das stützend oder schwächend wirken kann – für die Motivation. Allerdings sind die Nennungen widersprüchlich, die Bedeutung des sozialen Umfelds wird von einzelnen der befragten Personen je exklusiv Frauen und Männern zugewiesen.

3.4 Transversale Good Practices

Im Rahmen der Befragungen (Frageraster und Workshops) wurden verschiedene allgemeine Bedingungen genannt, welche bei der Gestaltung aller Massnahmen zur Reduktion problematischen Alkoholkonsums zu berücksichtigen sind. Sie gelten sowohl für die Prävention wie für die Früherkennung und für Beratung und Behandlung, sie sind deshalb in den nachfolgenden Abschnitten jeweils mitzudenken: Erstens ist die Gruppe der älteren Menschen weit und gleichzeitig möglichst präzise zu fassen, und zweitens muss für das Thema Bewusstsein geschaffen werden, drittens sollen die verschiedenen an der Bearbeitung problematischen Alkoholkonsums beteiligten Akteure gut zusammenarbeiten und viertens sollen bestehende Erfahrungen aus verwandten Bereichen genutzt werden und des weiteren ist auch zu überlegen, ob die Arbeit alleine auf Alkohol ausgerichtet sein soll oder ob gleichzeitig der (problematische) Konsum anderer Substanzen zu thematisieren ist. Ein letzter Abschnitt dieser transversalen Good Practices befasst sich mit dem Verständnis von Einrichtungen, welche ältere Menschen betreuen und behandeln, mit der Notwendigkeit für institutionelle Grundlagen und Konzepte, an welchen sich die Mitarbeitenden orientieren können. Einleitend sei ausserdem daran erinnert, dass sowohl Verhalten wie Verhältnisse so zu beeinflussen sind, dass problematischer Konsum zurückgeht. Vorgeschlagen wird hier auch ein übergreifendes Ziel, welches die Massnahmen zur Reduktion problematischen Alkoholkonsums bei älteren Menschen leiten soll.

3.4.1 Ziel der Bearbeitung von problematischem Alkoholkonsum bei älteren Menschen

Die Massnahmen gegen problematischem Alkoholkonsum bei älteren Menschen tragen idealerweise alle zur Erreichung eines konsensuellen Oberziels bei. Aufgrund der Literatur und der Diskussion mit ExpertInnen im Rahmen der vorliegenden Studie lässt sich die folgende Formulierung für ein Ziel vorgeschlagen:

Ziel der Bearbeitung des problematischen Alkoholkonsums im Alter ist die für die Betroffenen und für ihr soziales Umfeld wahrgenommene Verbesserung der Lebensqualität, die Verbesserung des Gesundheitszustands der Betroffenen und ein gleichzeitiger Beitrag zur Senkung der Gesundheitskosten.

3.4.2 Verhalten und Verhältnisse

Good Practice: Prävention und Beratung / Behandlung sollen sowohl das Verhalten der Personen als auch die Verhältnisse betreffen, in denen ihr problematischer Konsum stattfindet.

Die Kombination beider Massnahmentypen hat gemäss befragten Fachpersonen (und aufgrund der Erfahrungen der Bearbeitung anderer problematischer Konsumverhalten) die bes-

ten Aussichten auf Erfolg. Individuelles Verhalten wird durch günstige Verhältnisse gestützt. Die Motivation für die Aufgabe problematischen Alkoholkonsums kommt nicht nur von der Person mit dem Problem, sie verdankt sich auch den Verhältnissen, welche die Verhaltensänderung erleichtern. (Frage 41 des Fragerasters: Welche verhältnisbasierten ... Massnahmen setzen Sie ... ein?)

3.4.3 Zielgruppe(n)

Good Practice: Die Zielgruppe der älteren Menschen ist weit gefasst.

Personen ab 55 Jahren, gemäss der Meinung einiger ExpertInnen sogar ab 50 Jahren, sollen besonders in Präventionsmassnahmen einbezogen werden. Gerade weil beispielsweise die Pensionierung eine problematische Phase sein kann, soll Prävention wie auch die Früherkennung schon vorher ansetzen.

Zu bemerken ist, dass hier zwei Expertenmeinungen bestehen: Während die eine betont, dass eine genaue Altersgrenze definiert werden sollte, betont die andere die Wichtigkeit eines flexiblen Verständnisses der Altersgruppe, wichtiger als das kalendarische Alter ist ihr die Definition des Alters aufgrund der Lebenslage (Pensionierung, Witwen- oder Witwerschaft, Wohnen im eigenen Heim oder in einer Einrichtungen, etc.). Die Ausweitung der Zielgruppe auf jüngere Kohorten soll gleichzeitig nicht dazu führen, dass die Spezifität der übermittelten Botschaften aufgelöst wird. Deshalb auch die grosse Bedeutung der nächsten Good Practice.

Good Practice: Die Zielgruppe der älteren Menschen wird – bezüglich Alter, Geschlecht und Herkunft – differenziert angegangen.

Betroffene Menschen mit 60 oder 80 Jahren haben in der Regel nicht dieselben Schwierigkeiten mit Alkohol. Ihr soziales Umfeld und ihre sozialen Gewohnheiten sind mit grosser Wahrscheinlichkeit verändert, ihr Gesundheitszustand hat sich entwickelt, ihre Wohnsituation ist wahrscheinlich nicht mehr dieselbe. Abgesehen von den Empfehlungen und Massnahmen, welche alle älteren Menschen betreffen, sollen Massnahmen zur Reduktion problematischen Alkoholkonsums bei älteren Menschen deshalb spezifisch auf bestimmte Alterssegmente ausgerichtet sein. Dasselbe gilt für die Geschlechtsspezifik der Massnahmen: Die Beschreibung der Problemlast hat beispielsweise gezeigt, dass Frauen tendenziell häufiger als Männer allein trinken. Auch hier gilt deshalb, dass Massnahmen spezifisch auf eine bestimmte Zielgruppe auszurichten sind. Und schliesslich haben Massnahmen zur Reduktion von problematischem Alkoholkonsum auch auf die soziale, kulturelle und sprachliche Heterogenität der Zielgruppen Rücksicht zu nehmen. Interventionen sind also beispielsweise mehrsprachig und migrationssensitiv anzubieten.

Tabelle 24: Bedarf an Instrumenten für verschiedene Teilpopulationen der älteren Bevölkerung

Geschlechts-spezifische Instrumente	Kohorten-spezifische Instrumente			Instrumente für sozial Benachteiligte	Instrumente für Personen mit Migrationshintergrund
24,% (alle Altersgruppen) der Auskunft gebenden Personen	46,2% (alle AG) der Auskunft gebenden Personen			39,3% (alle AG) der Auskunft gebenden Personen	51,6% (alle AG) der Auskunft gebenden Personen
	65-70 J.	70-80 J.	> 80 J.		
	43,5%	36,4%	37,5%		

NB Zwischen 22 und 28 von 37 Befragten machten Angaben

Fragen 43 – 46 des Fragerasters: Besteht ein Bedarf an geschlechtsspezifischen Instrumenten ... an Instrumenten für unterschiedliche Altersgruppen ... für sozial benachteiligten ältere Personen ... für ältere Personen mit Migrationshintergrund?

Der von den befragten Fachpersonen tief veranschlagte Bedarf an Instrumenten für ein spezifisches Vorgehen lässt sich unterschiedlich interpretieren. Beispielsweise damit, dass die Fachleute bereits sehr spezifisch vorgehen – allerdings einzelfallspezifisch, wie immer wieder betont wird. Die Einzelfallspezifität des Vorgehens enthält in dieser Sichtweise die Berücksichtigung von Geschlecht, Alter, Sozialstatus und Migrationshintergrund der beratenen oder behandelten Personen bereits. Die Spezifität des Zugangs zu verschiedenen Segmenten der SeniorInnen ist demnach bereits mehrheitliche Praxis. Die weitere Spezifizierung von Zugangsweisen zu einzelnen Teilen der Population der älteren Menschen erscheint jeweils bloss einer der befragten Fachpersonen Minderheit vordringlich – mit Ausnahme der Instrumente, welche in der Zusammenarbeit mit Personen mit Migrationshintergrund angewendet werden.

Die von den Befragten nicht festgestellt Dringlichkeit spezifischer Instrument für verschiedene Segmente der älteren Bevölkerung kann aber auch als Ausdruck eines gesundheitszentrierten und nicht sozialorientierten Verständnisses des problematischen Alkoholkonsums gedeutet werden. Regelmässig stellen die Befragten aber auch einen weiteren Klärungsbedarf bezüglich der Entwicklung spezifischer Instrumente und Vorgehensweisen fest. Das wiederum ist ein Hinweis darauf, dass die Thematik „problematischer Alkoholkonsum älterer Menschen“ relativ neu und erst im Begriff ist, definiert zu werden.

In den präzisierenden Kommentaren identifizieren die befragten Fachpersonen einen Bedarf an spezifischen Instrumenten zur Bearbeitung problematischen Alkoholkonsums. Bezüglich geschlechtsspezifischer Instrumente wird die Notwendigkeit betont, (alleinstehende) Frauen mit (verstecktem) problematischem Alkoholkonsum zu erreichen und Selbsthilfegruppen je für Frauen und für Männer einzurichten. Bezüglich kohortenspezifischer Instrumente wird beispielsweise gesagt, dass in unterschiedlichen Lebensphasen das Suchtverhalten unterschiedlich ist und deshalb unterschiedliche Ansätze notwendig sind. Konkrete Vorschläge für

die Arbeit mit sozial benachteiligten Personen werden nicht gemacht, für die Arbeit mit Personen mit Migrationshintergrund dagegen identifizieren die befragten Fachpersonen einen Bedarf an Angeboten vor allem in der Zukunft, welche soziokulturelle Spezifitäten von Gruppen miteinbezieht sowie an spezifischem Informationsmaterial. Es soll auch möglich sein, Dolmetschende einzusetzen, um migrationssensitiv vorzugehen.

3.4.4 Sensibilisierung

Good Practice: Das Thema „Problematischer Alkoholkonsum“ ist sowohl in der Öffentlichkeit wie beim Gesundheitspersonal gut verankert.

Die Gruppe der älteren Menschen ist eine neue Zielgruppe von Massnahmen zur Reduktion problematischen Alkoholkonsums. Das Bewusstsein um die Notwendigkeit von Massnahmen für diese Zielgruppe ist noch nicht weit verbreitet. Auch bei den befragten Personen wurden teilweise Bedenken geäussert bezüglich des Bedarfs, beispielsweise indem gesagt wird, dass die Möglichkeiten zur Bearbeitung problematischen Alkoholkonsums in früheren Lebensphasen verpasst wurden, und dass die Lebensqualität der älteren Menschen mit problematischem Alkoholkonsum teilweise gerade auf diesem Konsum beruht, warum also soll er reduziert werden? Ausserdem liefen Massnahmen immer Gefahr, dass sie Übergriffe in die Autonomie der einzelnen Personen darstellen: der Konsum von Alkohol sollte nicht einfach untersagt werden (siehe auch unten, Abschnitt 3.7). Auch Personen mit problematischem Konsum seien deshalb nicht zu bevormunden, sondern müssen, wenn schon, in die Massnahmen zur Reduktion des Konsums eingebunden werden.

Die mehrheitliche Expertenmeinung sieht aber die Notwendigkeit der Sensibilisierung für das Thema sehr deutlich. Der Nutzen, welcher aus der Reduktion problematischen Alkoholkonsums entsteht, ist für die betroffenen Personen, für deren Umfeld, für die Einrichtungen, welche sich mit älteren und alten Menschen befassen sowie für die Gesellschaft durchaus gross. Es bestehen verschiedene Möglichkeiten zur Sensibilisierung, welche spezifisch und mit möglichst genauen Zielen und klaren Botschaften zu nutzen sind. Wichtig ist dabei immer, dass das Thema „Alkohol“ in ein umfassendes Verständnis der Suchthematik eingebettet ist, und dass „Alter“ nicht stigmatisiert wird und damit eine Ausgrenzung der Zielgruppen betrieben wird. Die folgenden Möglichkeiten zur Kommunikation wurden genannt:

Kampagnen und Projekte

- Kampagnen, die sich an die Gesellschaft und an die Zielgruppe der älteren Menschen richten: Präventionsbotschaften, Informationen über Beratungsangebote lassen sich über Massenmedien (Radio, Fernsehen, gedruckte Presse) vermitteln. Die Kampagnen sind in verschiedenen (Sprach-)Regionen der Schweiz spezifisch zu gestalten, eine Kampagne für die gesamte Schweiz erscheint einigen ExpertInnen als nicht sinnvoll. Einigkeit besteht aber darin, dass Kampagnen unbedingt so zu gestalten sind, dass sie die zu erreichenden Menschen tatsächlich erreichen. Ältere Menschen beispielsweise sind von einer Kampag-

ne in der Arztpraxis, in den Einrichtungen, von denen sie Dienstleistungen erhalten, in der Lokalpresse am besten zu erreichen (siehe auch unten, Abschnitt 35 zu Good Practices Prävention).

- Kampagnen und Projekte, die sich an Gesundheitseinrichtungen und Anbieter von Massnahmen sowie an Gesundheitspersonal richten: Dafür sind vor allem institutionelle Kanäle zu nutzen; Fachzeitschriften und die Kommunikationsmittel von Berufsverbänden scheinen die geeigneten Medien zur Erreichung dieser Zielgruppen. (Vgl. auch Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. 2011.)

Fachtagungen

Für Berufspersonen aus dem Gesundheitswesen, einschliesslich der aufsuchend erbrachten Dienstleistungen ist die Durchführung von Fachtagungen eine wichtige Möglichkeit der Kommunikation zum Thema „problematischer Alkoholkonsum im Alter“. Das Thema kann auch anlässlich von Tagungen angesprochen werden, die sich hauptgewichtig mit anderen Gegenständen befassen.

Websites und andere elektronische Kommunikationsmittel

Das Internet kann je spezifisch für SpezialistInnen, für Betroffene und für Angehörige genutzt werden, um Informationen zum Thema „problematischer Alkoholkonsum im Alter“ zu vermitteln. Die Nutzung des Internets durch die älteren Segmente der Bevölkerung ist allerdings gegenwärtig noch nicht allgemein verbreitet, die Erreichbarkeit dieser Zielgruppe durchs Internet ist deshalb wahrscheinlich noch vergleichsweise beschränkt. Von den befragten Fachpersonen und ExpertInnen nicht genannt wurden Applikationen auf Smartphones, welche ebenfalls die Erreichbarkeit von Betroffenen und Angehörigen verbessern könnten.

3.4.5 Kooperation

Good Practice: Die Bearbeitung problematischen Alkoholkonsums bei älteren Menschen beruht auf einer guten Zusammenarbeit verschiedener Akteure und des gesamten Angebots sowie des sozialen Umfelds der Betroffenen.

Die Früherkennung beispielsweise ist in Verbindung zu setzen zu weiterführenden Interventionen, zu Beratungen und Behandlungen, welche auf ein festgestelltes Problem reagieren können. Prävention ihrerseits hat im Bewusstsein um Anstrengungen für die Erkennung und Behandlung von problematischem Alkoholkonsum zu geschehen. Und in allen Bereichen sollen SpezialistInnen untereinander kommunizieren und ausserdem auch mit den Betroffenen selbst und mit ihren Angehörigen kooperieren, eventuell auch mit dem Arbeitgeber und mit den Einrichtungen, welche für die Zielgruppe Leistungen erbringen. Insbesondere die enge Zusammenarbeit auch mit den Angeboten Altershilfe ist notwendig (vgl. auch Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen 2011). Nur so kann ein System zur Bearbeitung des problematischen Alkoholkonsums unterhalten werden, welches das Problem effizient und mit guten

Aussichten auf Erfolg angeht. Die Vernetzung und Koordination der Angebote von der Prävention über die Früherkennung zur Beratung und Behandlung muss unproblematische Abläufe und das Ineinandergreifen von Massnahmen garantieren können.

3.4.6 Nutzung bestehender Erfahrungen

Good Practice: Die Bearbeitung problematischen Alkoholkonsums bei älteren Menschen nutzt die Erfahrungen, welche dank der Bearbeitung problematischen Alkoholkonsums bei anderen Zielgruppen bestehen, und sie bezieht Erkenntnisse aus der Gerontologie mit ein.

Die Bearbeitung problematischen Alkoholkonsums bei älteren Menschen kann sich damit auf einen reichen Erfahrungsschatz stützen, den es bei der Planung und Durchführung von Massnahmen zur Prävention, zur Früherkennung und zur Behandlung zu nutzen gilt.

3.4.7 Alkohol und andere Suchtmittel

Good Practice: Einzelne Massnahmen aller Phasen (Prävention-Früherkennung-Behandlung und Betreuung sowie Nachsorge) werden in Zusammenhang mit dem Konsum anderer potentiell problematischer Substanzen thematisiert.

Die Beschreibung der Problemlast (siehe oben, Abschnitte 3.2.1 und 3.3.1) hat gezeigt, dass problematischer Alkoholkonsum regelmässig gleichzeitig mit dem Konsum anderer Substanzen auftritt. Tabak und Schmerzmittel, in Zukunft aufgrund des Alterns der Generationen mit entsprechendem Konsum wahrscheinlich auch Cannabis sind die Substanzen, welche gleichzeitig mit Alkohol genutzt werden. Die Kommunikation von Fachleuten ist nicht allein auf problematischen Alkohol auszurichten, sondern auch auf „Genuss“ und „Konsum“. Alkoholkonsum ist Teil eines Konsumverhaltens, das insgesamt zu betrachten ist, einschliesslich im Rahmen seiner kulturellen Bewertungen. Damit eröffnen sich zusätzliche Zugänge zur Thematisierung und Reduktion problematischer Verhaltens.

3.4.8 Organisationen

Good Practice: Organisationen, welche ältere Menschen betreuen und behandeln, realisieren ihre Interventionen zu problematischem Alkoholkonsum auf der Grundlage verbindlicher Konzepte und Richtlinien.

Organisationen bedürfen einer klaren Haltung zum problematischen Alkoholkonsum älterer Menschen und zu den Schritten, welche auf seine Feststellung folgen. Spitäler, Alters- und Pflegeheime, Spitex-Dienste etc. sollen ihre Mitarbeitenden nicht vor schwierige Fragen stellen, die dann individuell und unterschiedlich beantwortet werden, sondern geben ihnen mit Konzepten und handlungsrelevanten Richtlinien Orientierung für ihre Arbeit auch im Zusammenhang mit problematischem Alkoholkonsum. Diese Entlastung der einzelnen Mitarbeitenden stellt gleichzeitig eine Massnahme zur Sicherung der Qualität der erbrachten Dienstleis-

tungen dar, da die Organisation einheitlich auch angesichts dieses Gesundheitsproblems aufgrund von Standards handelt.

3.5 Good Practices Prävention

Die befragten Fachpersonen und ExpertInnen betonen, dass Prävention von problematischem Alkoholkonsum selbstverständlich nicht erst bei älteren Personen ansetzt. Die Gruppe der älteren Personen kann und soll aber als eigenständige Zielgruppe von Massnahmen zur Prävention, zur Früherkennung und zur Beratung sowie zur Behandlung von problematischem Alkoholkonsum Aufmerksamkeit erhalten. 93,3% der befragten Fachpersonen beurteilen Massnahmen zur Prävention problematischen Alkoholkonsums bei älteren Menschen als sinnvoll und durchführbar, und 91,2% der Berufsgruppen, in denen sie arbeiten tun es ihrer Einschätzung zufolge ebenfalls – und zwar trotz der Tatsache, dass der Erfolg von Prävention schwer zu messen ist, im vorliegenden Fall sogar besonders schwer, da es keine verlässlichen Zahlen zu den älteren Menschen mit problematischem Alkoholkonsum gibt. (Fragen 24 und 25 des Fragerasters: Massnahmen zur Vorbeugung von problematischem Alkoholkonsum sind auch bei älteren Personen sinnvoll und in meiner Institution / Berufsgruppe durchführbar.)

Aufgrund der internationalen Diskussion (siehe Abschnitt 3.1) und aufgrund der Befragungen (siehe Abschnitte 3.2 und 3.3 des vorliegenden Berichts sowie speziell aufgrund der Beantwortung der Fragen 24 und 25 des Fragerasters: Massnahmen zur Vorbeugung von problematischem Alkoholkonsum sind auch bei älteren Menschen sinnvoll und in meiner Institution / Berufsgruppe durchführbar) lassen sich zum Thema Prävention – für die genügend Ressourcen bereitzustellen sind – die folgenden Good Practices identifizieren.

3.5.1 Kommunikation

Good Practice: Die Kommunikation ist zielgruppengerecht gestaltet.

Wie schon im Abschnitt „Transversale Good Practices“ (3.4) betont wurde, ist die Kommunikation immer so zu gestalten, dass sie die Zielgruppen möglichst gut erreicht. Es sind die am besten geeigneten Medien zu benutzen – für unterschiedliche Teil-Zielgruppen können das unterschiedliche sein, und die Möglichkeiten der direkten mündlichen Kommunikation, die Nutzung sozialer Netzwerke, die aufsuchende Arbeit, die Kommunikation über Massenmedien, die Kontinuität solcher Massnahmen, sind immer mitzudenken – und es ist in adäquater Sprachwahl zu informieren: Klare, einfache Botschaften, die allenfalls nicht nur in der regionalen Mehrheitssprache kommuniziert werden, sondern auch z.B. in der Sprache von MigrantInnengruppen, welche angesprochen werden sollen.

Good Practice: Bestehende Kommunikationskanäle werden genutzt.

Die verschiedenen Zielgruppen der Prävention – verschiedene Teilgruppen von Betroffenen, Angehörige, Gesundheitspersonal, Einrichtungen – sind über jene Kanäle mit Präventionsbotschaften zu informieren, mit denen auch andere Informationen an sie gelangen.

Betroffene: Die älteren Menschen lassen sich am besten über jene Publikationen erreichen, die sie ohnehin lesen, die ohnehin an sie gerichtet sind (beispielsweise „zwäg ins Alter“ und „Gesund altern“ von Pro Senectute), und an jenen Orten, an denen sie sich aufhalten. Die an die ältere Bevölkerung gerichteten Publikationen, der Nahbereich (Gemeinde, Quartier, Kirche, Spitex-Dienste, Spitäler, Altersheime, Arztpraxen, Pensionierungskurse) eignen sich besonders gut zur Vermittlung von Präventionsbotschaften (und für die Kommunikation von Beratungsangeboten).

Als besondere Kommunikationsmöglichkeit empfehlen befragte ExpertInnen auch die Freiwilligenarbeit, die für ältere Menschen geleistet wird. Die Freiwilligen, die in direktem Kontakt mit älteren Menschen stehen, können auch Präventionsbotschaften übermitteln. Desweiteren empfehlen ExpertInnen auch den Einsatz von BeraterInnen in Arztpraxen. Ausserdem erscheint es sinnvoll, mit Präventionsbotschaften auch in die Kommunikation unter älteren Menschen eingreifen zu können. Die Kommunikation innerhalb der Peer Group – beispielsweise über einzelne Personen, welche auf diese Aufgabe vorbereitet werden - ermöglicht eine besonders adäquate Kommunikation, und es kann im Idealfall eine Dynamik initiiert werden, die zur gegenseitigen Kontrolle des Alkoholkonsums unter den Personen führt, welche miteinander verkehren.

Angehörige: Die Angehörigen von älteren Personen mit problematischem Alkoholkonsum lassen sich gemäss befragten ExpertInnen am besten über breite Kampagnen erreichen – da im Einzelnen ja nicht klar ist, wer diese Personen sind. Gleichzeitig sind aber auch die Kommunikationskanäle und Gelegenheiten für die Vermittlung von Präventionsbotschaften zu nutzen, mit welchen sie anlässlich der Betreuung der Betroffenen in Kontakt kommen.

Einrichtungen / Gesundheitspersonal: Die Einrichtungen für ältere Menschen und das Gesundheitspersonal lassen sich gemäss befragten ExpertInnen am besten über bestehende institutionelle Kanäle erreichen – dazu gehören die Verbände von Einrichtungen und von Gesundheitsberufen.

Good Practice: Die Zielgruppen sind in die Planung der Kommunikation einzubeziehen.

Eine wichtige Möglichkeit zur Sicherung des Zugangs zu den Zielgruppen ist ihr Einbezug in die Planung der Kommunikation. Zielgruppen können gefragt werden, wo sie Präventionsbotschaften am ehesten wahrnehmen, und die zu transportierenden Botschaften können bei älteren Menschen, bei Angehörigen und bei Gesundheitspersonal getestet werden. Auch die Formulierung von Zielsetzung der Prävention problematischen Alkoholkonsums lassen sich zusammen mit der Zielgruppe definieren. Ganz generell gilt, dass die älteren Personen, ihre Lebenserfahrungen und die Arbeit mit Biographien für die Gestaltung von Massnahmen zur Prävention problematischen Alkoholkonsums unbedingt zu nutzen sind.

Good Practice: Handlungsmöglichkeiten werden aufgezeigt.

Die Kommunikation zur Prävention von problematischem Alkoholkonsum soll gemäss befragten ExpertInnen wenn immer möglich Handlungsmöglichkeiten aufzeigen. Das trägt zur Befähigung der Zielgruppen bei (Betroffene wie Angehörige) und erlaubt es, dass Prävention von diesen selbst mitgetragen und dass sie damit verstärkt wird.

Good Practice: Die Kommunikation verläuft koordiniert.

Eine Vielzahl von Akteuren informiert ältere Personen über Gesundheitsthemen, und vermutlich wird in Zukunft das Thema „problematischer Alkoholkonsum im Alter“ von verschiedenen Organisationen aufgenommen werden. Idealerweise findet die Kommunikation gemäss den befragten ExpertInnen innerhalb von Regionen deshalb koordiniert und aufgrund von Absprachen statt.

3.5.2 Verhältnisprävention

Good Practice: Die Möglichkeiten zur Implementierung struktureller Rahmenbedingungen werden aufgezeigt um so den Einrichtungen, die mit älteren Menschen arbeiten, Handlungsmöglichkeiten zu geben.

Die Verhältnisprävention im Sinne einer Implementierung von strukturellen Rahmenbedingungen in den Einrichtungen ist ein unerlässlicher Teil der Prävention problematischen Alkoholkonsums. Sie schafft Umstände, welche die Reduktion des Alkoholkonsums begünstigen. Auf diesen können dann Massnahmen zur Verhaltensprävention idealerweise aufbauen. An konkreten Möglichkeiten werden von den befragten Fachpersonen und ExpertInnen hauptsächlich die folgenden:

- Kontrollierte Abgabe von Alkohol und andere Formen der reduzierenden Regulierung des Zugangs zu Alkohol.
- Einrichten von niederschwelligem begleitetem Wohnen für Personen mit problematischem Alkoholkonsum zur Reduktion des Konsums.
- Einrichten von niederschwelligen Tagesstrukturen, in welchen ältere Personen einen sozialen Austausch pflegen können.
- Die Einrichtung alkoholfreier Haushalte (v.a. bei late onset drinkers und in Zusammenhang mit Demenz).
- Bewusstseinsbildung bei Personal von Einrichtungen (Spitäler, Alters- und Pflegeheime) durch die Entwicklung von institutionellen Leitlinien und Schulungen.
- Kontrolle (in Absprache mit dem Klienten) des problematischen Alkoholkonsums in Spitälern und Alters- und Pflegeheimen.
- Einwirken auf die kulturelle Bewertung von Alkohol und Alkoholkonsum.

Diese Möglichkeiten werden – mit Ausnahme der letztgenannten – noch wenig genutzt.

3.5.3 Grenzen der Prävention

Grenzen der Vorbeugung problematischen Alkoholkonsums bestehen in der Erfahrung der befragten Fachpersonen in den verfügbaren Mitteln, die gemessen am Bedarf immer beschränkt sind – auch spezialisierte Einrichtungen verfügen häufig nicht über das Personal, das sich spezifisch der Altersgruppe der SeniorInnen zuwenden kann – in der Erreichbarkeit der gesamten Zielbevölkerung, in der Tatsache, dass es Menschen gibt, die immer Suchtverhalten aufweisen werden oder deren kognitive Defizite sie für Präventionsbotschaften wenig empfänglich machen, in der fehlenden Motivation von Menschen, problematische Suchtverhalten zu vermeiden, resp. in den Lebensumständen, welche zu problematischem Verhaltensweisen animieren. Und schliesslich weisen ExpertInnen darauf hin, dass das Thema der Prävention problematischen Alkoholkonsums bei älteren Menschen relativ neu und in seiner Bedeutung noch nicht von allen Akteuren erkannt ist.

Fallbeispiel Pro Senectute Appenzell A.Rh.: Prävention

Das Projekt „Zwäg is Alter“

„Zwäg is Alter“ ist ein Projekt zur Gesundheitsförderung und Prävention. Die unentgeltlichen Angebote richten sich an Frauen und Männer ab 65 Jahren im Appenzellervorderland.

Module

Generelle Öffentlichkeitsarbeit

Mittels Zeitungsberichten, Standaktionen usw. soll die Bevölkerung schwerpunktmässig zu Beginn des Projekts zum Thema sensibilisiert und zur Teilnahme am Projekt motiviert werden.

Impuls-Veranstaltung

An den Impuls-Veranstaltungen sollen generelle Informationen abgegeben werden wie z. B. Einflussmöglichkeiten auf die Gestaltung des eigenen Alters (Verlängerung des selbständigen Lebens), Schlüsselfaktoren wie Bewegung, Sturzprävention, Ernährung, affektive Gesundheit (Prävention von Depression, Bündnis gegen Depression) sowie soziale und psychosoziale Gesundheit. An den Impuls-Veranstaltungen wird über die weiteren Module des Projekts informiert. Impuls-Veranstaltungen sollen niederschwellig sein, d. h. ohne Anmeldung usw. und können zusammen mit Organisationen wie z. B. Landfrauen, missione cattolica usw. angeboten werden.

Gesundheitsheft

Eventuell können interessierte Personen anhand eines Gesundheitsheftes (Leitfaden zur Selbstevaluation) die eigene Gesundheit einschätzen und dadurch zur Teilnahme am Projekt motiviert werden. Ein entsprechendes Instrument ist im Kanton Zug im Einsatz. Bis zum Projektstart werden erste Erfahrungen aus dem Kanton Zug vorliegen.

Gesundheitsberatung

Interessierte Personen können in einem Gespräch mit der Gesundheitsfachperson von „Zwäg ins Alter“ die eigene Gesundheit besprechen. Sie definieren im Gespräch Ziele und machen sich Gedanken, wie diese zu erreichen wären. Dazu erhalten sie von der Fachperson Informationen, Adressen von Angeboten im Kanton usw. Diese Gesundheitsberatung ersetzt quasi den im bisherigen Projekt vorgeschlagenen Fragebogen. Dadurch steigen jedoch die fachlichen Anforderungen an die Fachperson.

Gesundheitscoaching - Präventive Hausbesuche

Interessierte können sich bei der Erreichung der persönlichen Gesundheitsziele begleiten lassen. Diese Gespräche finden im Büro oder auch bei Hausbesuchen statt und umfassen folgende Elemente:

- individuelle Beratungen durch die vom Projekt angestellte Gesundheitsfachperson
- Beratung mit einem starken Coaching-Ansatz; die TeilnehmerInnen sollen selber Verantwortung im Rahmen ihrer Möglichkeiten übernehmen.

Gruppenkurse

Bei genügendem Bedarf werden zu einzelnen Themen Gesprächsgruppen mit 6 bis 10 TeilnehmerInnen gebildet werden. Diese Gesprächsgruppen werden durch Fachpersonen begleitet und allenfalls mit Fachreferaten ergänzt. Die Gruppen treffen sich ca. 3 Mal zur Vertiefung eines Themas.

Selbstständige Gesundheitsvorsorge

Auf Grund des Gesundheitsberichts können die TeilnehmerInnen auch selbstständig ihre Gesundheitsvorsorge verbessern.

Vermittlung von bestehenden Angeboten

Die Fachperson des Projekts kennt das bestehende Angebot und kann diese an Interessierte vermitteln. Es ist anzustreben, dass im Kanton bereits bestehende Angebote möglichst genutzt werden.

Modulhafter Aufbau

„Zwäg ins Alter“ zeichnet sich durch einen starken modulhaften Aufbau aus. Interessierte können einzelne Elemente nutzen, ohne sich bereits für mehr verpflichten zu müssen.

Niederschwelligkeit und Kostenbeteiligung

Prävention muss erfahrungsgemäss niederschwellig sein, damit sie überhaupt genutzt wird. Vergleichbare Programme in der Schweiz operieren ohne Kostenbeteiligung der Teilnehmenden. In der Anfangsphase werden wir ebenfalls keine Kostenbeiträge verlangen. Erst später, wenn die Motivation von Teilnehmenden höher ist, kann allenfalls ein Kostenbeitrag geprüft werden. Es ist unbekannt, welche Auswirkungen die Einführung einer Kostenbeteiligung auf die Akzeptanz und Teilnahme von „Zwäg ins Alter“ hätte.

Weitere Elemente

- Einbezug der HausärztInnen, jedoch ohne diese zeitlich stark zu belasten bzw. jeder Arzt wählt Art und Umfang der Beteiligung am Projekt selber,
- Projekt-Begleitgruppe mit Fachleuten aus dem Kanton,
- Vernetzung mit anderen Fachbereichen des Gesundheits- und Sozialwesens, insbesondere mit der Spitex,
- Zusammenarbeit mit ähnlichen Projekten, z. B. im Bereich Wirksamkeitsüberprüfung oder Schulung/ Erfahrungsaustausch.

Zeitlicher Ablauf

Das Einführungs-Projekt dauert 2 Jahre. Es startet im Sommer 2010. In der Mitte des zweiten Projektjahres erfolgt eine Projekt-Zwischenauswertung, damit Anträge für eine Weiterführung von „Zwäg ins Alter“ gestellt werden könnten.

Wirksame Prävention bzw. Verhaltensänderung braucht Zeit. Deshalb wird angestrebt, das Projekt „Zwäg ins Alter“ langfristig (mind. 5-6 Jahre) laufen zu lassen.

Kommunikation

Ein Kommunikationskonzept erstellt, welches die Kontakte in folgenden Bereichen regelt:

- Spitex
- zu Hausärzten, Gesundheits- und Sozialorganisationen als Partner
- zum Departement Gesundheit als Auftraggeber
- zur breiten Öffentlichkeit (allg. Zielgruppe und potentielle TeilnehmerInnen)

Fallbeispiel Suchtpräventionsstelle für den Bezirk Horgen: Suchtprävention

Suchtprävention im Alter

Sucht kennt keine Altersgrenzen. Der Konsum von Alkohol, Tabak und psychoaktiven Medikamenten führt auch im höheren Lebensalter häufig zu Missbrauch, Abhängigkeit und gesundheitlichen Schädigungen.

Ein verborgenes Problem:

Ältere Menschen leben ihre Sucht zu Hause, erregen kaum Aufmerksamkeit und sind selten ein öffentliches Ärgernis. Sie stehen nicht mehr im Berufsleben und sind sozial zunehmend weniger integriert. Vergesslichkeit, Unzuverlässigkeit oder andere Signale fallen weniger auf oder werden vom Umfeld als altersbedingt hingenommen. Sucht führt zu verminderter Lebensqualität der betroffenen alten Menschen und zu einer grossen Belastung für deren Angehörige und für das Umfeld.

Ein unterschätztes Problem:

Aufgrund der demografischen Entwicklung gewinnt das Thema an Brisanz. Die Folgekosten von Suchterkrankungen bei älteren Menschen werden das Gesundheitssystem in Zukunft vor grosse Herausforderungen stellen.

Hinschauen und handeln!

Die Prävention und die Früherkennung sind wichtige Schritte, wenn es darum geht, eine Abhängigkeit zu verhindern. Verschiedene Studien belegen, dass frühe Interventionen bei älteren Menschen Erfolg versprechend sind.

Suchtprävention in Betrieben und sozialen Institutionen

Die samowar Suchtpräventionsstelle unterstützt Institutionen der Altersarbeit wie Spitex, Alters- und Pflegeheime, Ärzte, Kirchen, Mahlzeiten oder Freizeitdienste in ihren Aufgaben und begleiten sie im Prozess, eine verbindliche Haltung gegenüber gefährdeten oder betroffenen Menschen zu finden. Den Mitarbeitenden von Institutionen kommt in der Früherkennung von problematischem Suchtmittelkonsum bei älteren Menschen eine wichtige Rolle zu. Das Personal wird durch eine klare und geregelte Vorgehensweise entlastet.

Unser Angebot

- Informationen für KlientInnen / PatientInnen und deren soziales Umfeld.
- Begleitung im Prozess, zu einer gemeinsamen Haltung in der Institution zu finden und Leitfäden zu Abläufen bei gefährdeten oder abhängigen Menschen zu entwickeln.

- Schulungen für Mitarbeitende zu Sucht im Alter, zu Früherkennung und Frühintervention und in spezifischer Gesprächsführung.
- Veranstaltungen für Interessierte, z.B. Angehörige oder Personen in der Freiwilligenarbeit.

Referenz: Stapfer Stiftung Horgen, Alters- und Pflegeinstitution

Suchtprävention in Gemeinden

Die samowar Suchtpräventionsstelle unterstützt Gemeinden in der Altersarbeit, in der Umsetzung von altersspezifischen Programmen, im Austausch und in der lokalen Vernetzung. Was unternimmt die Gemeinde bereits im Bereich Suchtprävention im Alter? Was fehlt? Was ist sinnvoll und notwendig?

Unser Angebot

- Moderation zur Ist-Analyse und zur Formulierung des Bedarfs.
- Mitarbeit in kommunalen Strukturen, z.B. Alterskommission (Strategie und Konzeptentwicklung).
- Mitwirkung bei Projekten und Veranstaltungen für Menschen ab 60 Jahren und für ihr soziales Umfeld.
- Workshops für entsprechende Zielgruppen und interessierte Personen.

Suchtprävention für private Personen oder Vereine

Für Personen, die an der Thematik interessiert sind, können wir Informationen und Wissen vermitteln und bei Bedarf geeignete Beratungsstellen empfehlen.

Unser Angebot

- Informationsveranstaltungen z.B. zum Thema: „Wie wirken Alkohol und Medikamente im Alter?“
- Veranstaltungen für entsprechende Zielgruppen und interessierte Personen.

Bei der Durchführung von Projekten und den genannten Angeboten wird bei Bedarf die Zusammenarbeit mit anderen Fachleuten gesucht. Die lokale, bezirksweite und kantonale Vernetzung ist uns ein wichtiges Anliegen.

Samowar | Suchtpräventionsstelle für den Bezirk Horgen

Bahnhofstrasse 24 | 8800 Thalwil | Suchtpräventionsstelle Telefon 044 723 18 17

info@samowar.ch | www.samowar.ch

Fallbeispiel samowar, Suchtpräventionsstelle des Bezirks Horgen: Information

Veranstaltung „Gesund alt werden?!“

Informationen zum Alterungsprozess und zum Konsum von Medikamenten & Alkohol 21.1.2012

Ausgangslage

Die Gemeinderätin einer kleineren Gemeinde im Bezirk Horgen erteilt der Arbeitsgruppe Koordination Altersangebote den Auftrag, eine Veranstaltung zu Suchtprävention im Alter zu organisieren. Die Gemeinde erachtet es als wichtig, die Bevölkerung zu sensibilisieren und Interessierte zu informieren. Die Arbeitsgruppe wird von der lokalen Ortsvertreterin der Pro Senectute geleitet. Weitere Mitglieder sind VertreterInnen der Sozialdienste der ref. und der katholischen Kirchen, Genossenschaftswohnungen und der Nachbarschaftshilfe /Frauenverein.

Hervorzuheben ist, dass die Gemeinde die Veranstaltung unterstützt und finanziell trägt. Es werden auch Interessierte aus den Alterszentren und -institutionen der näheren Umgebung eingeladen.

Ideal erachte ich die Präsenz der lokalen und regionalen Fachstellen, so dass die Besucherinnen die Anbieterinnen von Unterstützungsangeboten persönlich kennenlernen können.

Ziele

Ältere Menschen und interessierte Personen:

- Haben Lust für ihr Wohlbefinden etwas zu tun (z.B. Verantwortung zu übernehmen)
- kennenlernen des „Alterungsprozesses“
- erhalten Informationen zur Wirkung von Alkohol und Medikamenten, zum Beispiel auch im Strassenverkehr
- sind sich der Wechselwirkung von Substanzen bewusst
- Austausch und Fragerunde
- Kennen verschiedene Angebote des Bezirks zum Thema

Geplante Massnahmen

Referat von Dr. Albert Wettstein, ehemaliger Stadtarzt von Zürich

Informationen Evelyne Frey, samowar Suchtpräventionsstelle und Susanna Baumann, Suchtberatung des Sozialen Netz Horgen

Softbar, Kaffee und Kuchen bei Ankunft und in den Pausen.

Der Referent ist in der Gemeinde und der Umgebung bekannt als guter Redner und wurde bewusst auch als „Lockvogel“ angefragt. In anderen Gemeinden werden andere Redner mit anderen Schwerpunkten informieren.

Neu: erste Veranstaltung auf Gemeindeebene im Bezirk.

Informationstische

Folgende Institutionen werden anwesend sein: Samowar Suchtpräventionsstelle, Suchtberatung, Soziales Netz Horgen, Spitex und Haushalthilfe, Nachbarschaftshilfe, Pro Senectute Dienstleistungszentrum Zimmerberg, Lungenliga

Partizipation

In der Projektgruppe sind zwei Vertreterinnen über 60 Jahre.

Migrantinnen

Bei den Migrantinnen ist die Sprachenvielfalt gross und sie können nur teilweise erreicht werden. Broschüren zum Thema Suchtprävention werden in Englisch, Italienisch und Tamilisch an der Veranstaltung vorhanden sein. Broschüren zu Suchtprävention im Alter existieren erst in deutscher Sprache.

In der Praxis verankert: Die Suchtpräventionsstelle des samowar hat dieses Angebot aufgenommen. Weitere Gemeinden im Bezirk haben bereits ihr Interesse für eine ähnliche Veranstaltung angemeldet.

Evelyne Frey, Supervisorin BSO und Organisationsentwicklung

3.6 Good Practices Früherkennung

Von der Früherkennung problematischen Alkoholkonsums versprechen sich die ExpertInnen die Möglichkeit zu effizienteren und effektiveren Beratungen und Behandlungen. Ihr kommt deshalb eine besonders grosse Bedeutung zu. Die im Folgenden aufgelisteten Good Practices machen unter anderem deutlich, dass das Erkennen, und besonders das frühe Erkennen von problematischem Alkoholkonsum nicht immer einfach ist. Gestützt wird das durch den Befund, dass vier Fünftel der von den befragten ExpertInnen beobachteten Personen mit problematischem Alkoholkonsum diesen verheimlichen (siehe Abschnitt 3.3.1.1). Die befragten Fachpersonen, die allerdings nicht alle diese Aufgabe haben, fühlen sich in der überwiegenden Mehrheit (97,1%) sehr bis ausreichend kompetent für das Erkennen von Alkoholproblemen bei älteren Menschen (Frage 34 des Fragerasters: Wie sind Ihre Kenntnisse zum Erkennen von Alkoholproblemen bei älteren Menschen?).

3.6.1 Breit abgestützte Früherkennung

Good Practice: Das Erkennen problematischen Alkoholkonsums ist eine gemeinsame Aufgabe verschiedener Akteure, sie kann nicht allein einer einzelnen Stelle oder einem Teil des sozialen Umfelds von Betroffenen zugewiesen werden.

Die Kooperation von Gesundheitspersonal (einschliesslich von Dienstleistern wie Spitex) von Sozialdiensten, von Angehörigen, von Altershilfe und eventuell von Arbeitgebern erleichtert und vereinfacht nach Einschätzung der ExpertInnen die Früherkennung. Damit sie funktionieren kann, muss die Kommunikation zwischen den verschiedenen Akteuren möglich sein. Angehörige und Sozialdienste beispielsweise müssen mit der Meldung ihrer Beobachtung problematischen Alkoholkonsums an Gesundheitspersonal auf offene Ohren stossen und in weiteren Schritten unterstützt werden. Zu beachten sind bei der „sozial und institutionell breit abgestützten Früherkennung“ aber auch Aspekte des Datenschutzes. Die betroffenen Personen haben selbstverständliche Persönlichkeitsrechte, welche durch Massnahmen zur Früherkennung nicht zu beschneiden sind.

Good Practice: Die aufsuchenden Dienstleistungen werden für die Früherkennung problematischen Alkoholkonsums bei älteren Menschen genutzt.

Spitex und Sozialdienste, die Hausbesuche machen, sind in einer besonders günstigen Position zur Erkennung problematischen Alkoholkonsums. Sie sollen in dieser Rolle von anderen Einrichtungen gestärkt werden, eventuell auch mit den entsprechenden Kenntnissen versehen werden, um problematischen Alkoholkonsum frühzeitig erkennen zu können. Zu den Vorteilen der aufsuchenden Arbeit, welche es erlaubt, die Situation der betroffenen Person vor Ort schnell und umfassend zu begreifen gehören gemäss Stadtärztlichem Dienst von Zürich (2011) die folgenden:

- Direkte Informationen über den Zustand, die Grösse und Lage des Wohnraumes
- Einblick und Kontaktaufnahme mit der sozialen Umgebung, (Angehörigen, Nachbarn) sowie Erfassung von Ressourcen
- Aufnahme von Hinweisen für einen Suchtmittelkonsum und Besonderheiten bei der Ernährung und der Körperpflege
- Realitätsnahe Gestaltung der Behandlungsplanung
- Prävention von Eskalationen und Klinikeinweisungen
- Verhinderung von Therapieabbrüchen
- Ermöglichung des Zugangs zum Hilffssystem
- Abgleichung des persönlichen Eindrucks mit der Schilderung des Patienten.

3.6.2 Instrumentengestütztes Erkennen

Good Practice: Das Erkennen problematischen Alkoholkonsums geschieht instrumentengestützt.

Medizinisches und paramedizinisches Personal, einschliesslich der VertreterInnen von Beratungsstellen muss Screening-Instrumente kennen, um problematischen Alkoholkonsum zu erkennen und besonders die Früherkennung adäquat vornehmen zu können. Hier besteht ein Schulungsbedarf, da nicht allen der befragten Fachpersonen die verschiedenen Instrumente bekannt sind – allerdings kennen alle der befragten Personen mindestens eines der in der Tabelle genannten Screening-Instrumente. Die Praxis der instrumentengestützten Diagnose von problematischem Alkoholkonsum ist also bereits durchgehende Good Practice. Dennoch beurteilen auffälligerweise nur 72,4% der antwortenden Personen den Einsatz von Screening-Instrumenten als sinnvoll. 27,6% Fachpersonen, die sich zur Frage äusserten verneinen ihren Nutzen. Die Bewertung der Ergebnisse der Anwendung von Screening-Instrumenten ist besser: als eher bis sehr positiv beurteilen 93,4% der die Frage beantwortenden Fachpersonen (die Hälfte des gesamten Samples) den Einsatz von Screening-Instrumenten. (Fragen 36 und 37 des Fragerasters; Welche Screeninginstrumente zur Abklärung problematischen Alkoholkonsums bei älteren Menschen kennen Sie?; Welche Screeninginstrumente ... haben Sie schon einmal eingesetzt?; Frage 40 des Fragerasters: Welche Instrumente wären für Ihre Berufsgruppe für den Umgang mit älteren Personen mit problematischem Alkoholkonsum sinnvoll?)

Tabelle 25: Kenntnis und Anwendung von Screening-Instrumenten bei den befragten Fachpersonen

Instrument	Kenntnis		Anwendung	
	Ja	Nein	Ja	Nein
CAGE	61,8%	38,2%	45,5%	54,5%
MAST-G	38,2%	61,8%	21,9%	78,1%
AUDIT (AUDIT C)	72,7%	27,3%	27,3%	72,7%
GAST	21,9%	78,1%	6,5%	93,5%
MALT	53,1%	46,9%	15,2%	84,8%
Pflegediagnosen Sucht Spitex	36,4%	63,6%	23,3%	76,7%
Beobachtungsbogen Morell/Burri	22,6%	77,4%	-	100%
Andere ^{*)}	46,2%	53,8%	19,0%	81,0%

^{*)} Erwähnung fanden ADL-Skala, kognitive Skala MMS, Alcochoix (inspiriert von MAST), DITS-Test (online tool) RAI NH, Hudolin, KAZ-35KT, Nandda.

Ausserdem wurde erwähnt, dass Heinrich/Frey gegenwärtig ein Instrument entwickeln.

NB Zwischen 21 und 34 von 37 befragten Personen machten Angaben.

Fragen 36 und 37 des Fragerasters; Welche Screeninginstrumente zur Abklärung problematischen Alkoholkonsums bei älteren Menschen kennen Sie? Welche Screeninginstrumente ... haben Sie schon einmal eingesetzt?;

Die unterschiedlichen Kenntnisse einzelner Instrumente ergeben sich teilweise dadurch, dass einige der Instrumente in der frankophonen Schweiz stärker verbreitet sind als in der Deutschschweiz, und umgekehrt. Noch unterschiedlicher äusserten sich die befragten Personen über den Wert der einzelnen Instrumente, die Aussagen fielen durchaus nicht einheitlich, regelmässig sogar widersprüchlich aus. CAGE wurde als Mittel zur Selbstdiagnose, als sowohl einfach anwendbar und konzise sowie als gute Grundlage beurteilt wie auch als zu banal und nicht genügend auf die Umstände des Alkoholkonsums und für seine Begründung ausgerichtet. Ein wichtiger Vorteil von AUDIT C ist gemäss einigen der befragten Personen die Tatsache seiner internationalen Verwendung, seine praktische und klare Handhabbarkeit, auch hier werden aber die Gründe für problematischen Konsum nicht erfasst. MALT wird von einigen Fachpersonen wegen seiner Ausführlichkeit geschätzt, sowie aufgrund seiner Eignung als Diskussionsgrundlage, andere befragte Personen kritisieren seine „historische“ Ausrichtung und bewerten das Instrument als verzichtbar.

Bemerkt wurde auch, dass der Einsatz von Instrumenten nicht die einzige Möglichkeit zum Erkennen problematischen Alkoholkonsums ist. Häufig tauge auch die einfache Beobachtung zum Einschätzen einer Person bezüglich ihres Alkoholkonsums. In zweiter Linie habe dann allerdings durchaus ein Screening-Instrument zum Einsatz zu kommen, um den Eindruck zu bestätigen – oder allenfalls zu falsifizieren.

Die Erfahrungen mit Screening-Instrumenten beurteilt knapp die Hälfte der befragten Fachleute (eine Mehrheit der Befragten beantwortete die Frage nicht) mehrheitlich als positiv. Nur eine kleine Minderheit äussert Unzufriedenheit mit Screening-Instrumenten. Nicht alle Antwortenden setzen die Screening-Instrumente selbst ein. Verschiedentlich wird diese Aufgabe

kompetentem Personal, einschliesslich ÄrztInnen überlassen. Und nicht immer kommen Screening-Instrumente überhaupt zum Einsatz.

Tabelle 26: Bewertung der Verwendung von Screening Instrumenten zum Erkennen von problematischem Alkoholkonsum bei älteren Menschen

Sehr positiv	43,8%
Eher positiv	50,0%
Eher negativ	6,3%
Sehr negativ	-

NB 16 von 37 Befragten machten Angaben

Frage 32 des Fragerasters: Wie sind Ihre Erfahrungen bei der Durchführung von konkreten Massnahmen ... Erfahrung beim Einsatz von Screenings ...

Good Practice: Die bestehenden Screening-Instrumente zum Erkennen von problematischem Alkoholkonsum bei älteren Menschen werden weiterentwickelt und neue Screening-Instrumente werden entwickelt.

Es besteht ein Set von Instrumenten für das Screening und Erkennen problematischen Alkoholkonsums (für eine Übersicht vgl. ZüFAM o.J.). Und es besteht die Empfehlung von befragten Fachleuten zur Weiterentwicklung vorhandener sowie zur Neuentwicklung von Instrumenten zur Früherkennung. Mindestens ein Teil der Fachleute identifiziert also einen Bedarf an besseren als den gegenwärtig Verwendung findenden Mitteln zum Screening problematischen Alkoholkonsums. Die Erwartungen an besonders effiziente und effektive Instrumente sind allerdings teilweise gegensätzlich: Sie sollen einfach handhabbar sein, und gleichzeitig sollen sie es möglich machen, die Ursachen für das problematische Trinken und das Umfeld der betroffenen Personen zu erfassen. Solche konträren Ansprüche sind Ausdruck unterschiedlicher Verständnisse von Screening-Instrumenten. Während ihnen von einigen Personen zugetraut wird, dass sie ein umfassendes Bild der Situation von Personen mit problematischem Alkoholkonsum liefern können, gehen andere davon aus, dass sie dafür eingesetzt werden sollen, den problematischen Konsum festzustellen, dass weitere Fragen dann aber beispielsweise in Form einer Anamnese zu erfassen sind.

Good Practice: Die verwendeten Screening-Instrumente passen in die Abläufe von Prävention, Früherkennung und Beratung / Behandlung.

Die konsultierten ExpertInnen äussern den klaren Wunsch, dass ein Bezug zwischen Screening-Instrumenten und den darauf folgenden Massnahmen besteht: Screening-Instrumente sind nicht als Selbstzweck zu verstehen. Bei positivem Befund muss eine Beratung oder eine Behandlung an den Einsatz des Screening-Instruments anschliessen.

3.6.3 Richtlinien für die Reaktion auf das Erkennen problematischen Alkoholkonsums

Good Practice: Es bestehen realistische und umsetzbare Richtlinien für die Gestaltung von Abläufen nach der Feststellung problematischen Alkoholkonsums (innerhalb von Einrichtungen und zwischen solchen).

Auf die Feststellung problematischen Alkoholkonsums durch die Fachkräfte (in Spitälern, in der Arztpraxis, in Alters- und Pflegeheimen) reagieren die befragten Fachleute mit einer Reihe von Massnahmen. Dazu gehören das Ansprechen des Themas, die Mobilisierung von KollegInnen innerhalb der Einrichtung, unter anderem zur Intensivierung der Überwachung oder zur Durchsetzung von Massnahmen, welche den problematischen Alkoholkonsum reduzieren sollen (Beschränkung von Sackgeld und Ausgang), die Kontaktierung von SpezialistInnen ausserhalb der Einrichtung (ÄrztInnen, Beratungsstellen), allenfalls der Kontakt mit dem Heim, in dem die betroffene Person lebt, der Kontakt mit Angehörigen und deren Beratung, möglicherweise die Planung einer Intervention und deren Durchführung. Auch die Kontaktnahme mit Angehörigen ist regelmässig Teil der ergriffenen Massnahmen. Gemeinsam ist den Reaktionen auf das Feststellen problematischen Alkoholkonsums in der Regel, dass zuerst ein Gespräch mit der betroffenen Person geführt wird. Das kann informell geschehen oder in Form einer Anamnese. (Frage 28 des Fragerasters: Wie verhalten Sie sich, resp. welche Abläufe leiten Sie ein, wenn Sie bei älteren Menschen problematischen Alkoholkonsum feststellen?)

Auffällig ist an diesen Reaktionen, dass die befragten Personen sich in der Regel nicht auf verbindliche Richtlinien stützen, sondern aufgrund ihrer Berufserfahrung reagieren. Ganz spezifische Richtlinien für den Umgang mit dem Erkennen problematischen Alkoholkonsums scheinen nicht zu existieren. Bestehende Richtlinien – sie sind nicht immer verschriftlicht oder zugänglich. Mehrere der befragten Fachleute weisen auf Richtlinien hin, die mündlich gesetzt und tradiert werden – diese sind entweder sehr allgemeiner Art, allgemeine Abläufe, die Organisation als ganze betreffende Handlungsanweisungen für das Personal, oder dann ganz spezifische, die nicht das Verhalten beim Erkennen von problematischem Alkoholkonsum betreffen (zum Beispiel die Regelung der Entgiftungsbehandlung). (Fragen 28 und 29 des Fragerasters: Wie verhalten Sie sich ... welche Abläufe leiten sie ein, wenn sie bei älteren Menschen problematischen Alkoholkonsum feststellen? Welche Richtlinien zum Umgang mit und Verhalten gegenüber älteren Menschen mit problematischem Alkoholkonsum gibt es innerhalb ihrer Berufsgruppe oder Organisation? Frage 31: Was beinhalten diese Richtlinien?)

3.6.4 Grenzen der Früherkennung

Die Früherkennung problematischen Alkoholkonsums sieht sich mit drei hauptsächlichen Problemen konfrontiert. Das eine ist das Ausbleiben der Früherkennung, anders formuliert:

Personen mit problematischem Alkoholkonsum kommen gar nicht in Kontakt mit Fachleuten, welche letzteren erkennen könnten. Ein weiteres Problem besteht darin, dass das soziale Umfeld der Personen mit problematischem Alkoholkonsum diesen nicht anspricht, die Personen nicht an eine kompetente Stelle, den Hausarzt beispielsweise, weiterweist. Die Mängel in der Identifikation des Problems, aber auch das zu wenig gut verankerte Wissen über Interventionsmöglichkeiten haben das dritte Problem zur Folge: Auf die fehlende oder die erfolgte Früherkennung folgt keine Beratung und Behandlung. Das belegt den Bedarf an Richtlinien, welche Prozesse und Handlungsabläufe definieren, nachdem problematischer Alkoholkonsum festgestellt wurde. Insbesondere die Schnittstellen sind dabei zu beachten. Gehandelt wird aber häufig nach Gutdünken und bisherigen Erfahrungen, Richtlinien die als in der Praxis nicht anwendbar empfunden werden (beispielsweise weil die vorgesehenen Abläufe nicht der aktuellen Situation entsprechen). (Fragen 30 und 31 des Fragerasters: Welche Richtlinien zum Umgang mit und Verhalten gegenüber älteren Menschen mit problematischem Alkoholkonsum gibt es innerhalb ihrer Berufsgruppe oder Organisation? Sind Richtlinien / Handlungskonzepte in ihrer Berufsgruppe ... verankert? Was beinhalten diese Richtlinien?)

3.7 Good Practices Beratung und Behandlung

Bei den befragten Fachpersonen besteht Einigkeit, dass Beratung und Behandlung problematischen Alkoholkonsums auch bei älteren Menschen sinnvoll und notwendig sind, und ihrer Einschätzung zufolge ist dies praktisch durchgehend auch die Sicht der Organisationen, in denen sie arbeiten (97,1% positive Einschätzungen). (Fragen 24 und 25 des Fragerasters). Die Möglichkeiten der Beratung und Behandlung umfassen das gesamte Spektrum von Einzelbehandlungen zu Gruppentherapien, von ambulanten (Psycho-)Therapien über (zu wenig vorhandene) aufsuchende Arbeit zu teilstationären Behandlungen, von der Unterstützung kontrollierten oder definierten Trinkens bis zu stationären Behandlungen mit Entzugsbehandlungen. Und auch Kombinationen der verschiedenen Vorgehensweisen sind möglich. Durchgeführt werden die Beratungen und Behandlungen von Fachpersonen. Im befragten Sample fühlt sich eine sehr grosse Mehrheit auf diese Aufgabe ausreichend bis sehr gut vorbereitet. Es ist anzunehmen, dass die 8,8% der befragten Personen, welche sich ungenügend vorbereitet wännen, keine Beratungen und Behandlungen realisieren. (Frage 35 des Fragerasters: Wie ist Ihr Know-How zur Behandlung von Alkoholproblemen bei Älteren?) Auf jedem Fall beruhen die Auskünfte der befragten Fachleute auf einem reichen Erfahrungsschatz, der sich sowohl aus Kurzinterventionen wie pharmakologische Behandlungen, aus ambulanten wie aus stationären und aufsuchenden Behandlungen speist.

Tabelle 28: Erfahrungen der befragten Fachleute mit Behandlungsweisen

Kurzintervention	Pharmakologische Behandlung	Ambulante Behandlung	Stationäre Behandlung	Aufsuchende Arbeit
83,3% der Auskunft gebenden Personen	53,3% der Auskunft gebenden Personen	73,3% der Auskunft gebenden Personen	46,7% der Auskunft gebenden Personen	51,6% der Auskunft gebenden Personen

NB Zwischen 30 und 32 von 37 Befragten machten Angaben

Frage 39 des Fragerasters: Haben Sie schon einmal spezifische Beratungs- und Behandlungsansätze zur Behandlung problematischen Alkoholkonsums bei älteren Menschen eingesetzt?

Die Beurteilung von **Kurzinterventionen** durch die befragten Fachleute fällt sehr unterschiedlich aus. Während ihr Erfolg besonders bei early onset drinkers von verschiedenen der befragten Personen als sehr zweifelhaft eingeschätzt wird, beurteilen andere ihre Wirksamkeit als gut bis sehr gut. Diese Beurteilung versteht die Kurzinterventionen als flankierende Massnahme bei Langzeitinterventionen oder als wenig spezialisierte Massnahmen, welche beispielsweise von Spitex-Diensten realisiert werden. Ungefähr die Hälfte der befragten Fachleute nennt unterschiedliche Ansätze, die bei Kurzinterventionen zur Anwendung kommen können: Abstinente Haushalte einrichten, telefonische und andere Beratungen, kurze stationäre Interventionen, Atemlufttest zur Förderung des Problembewusstseins, Hausarzt-

besuche, motivationale Interventionen, systemische Ansätze, Ressourcenförderung, verhaltenstherapeutische Interventionen.

Pharmakologische Behandlungen, sind angezeigt, wenn das Ziel Abstinenz ist und der Entzug unterstützt werden soll. Sie werden von den befragten Personen dann als nützlich beurteilt, wenn die Betroffenen gleichzeitig eine psychiatrische Diagnose haben und eine entsprechende Behandlung im Gang ist. Spezifische pharmakologische Behandlungen sind mehr als der Hälfte der befragten Fachpersonen als Möglichkeit der längerfristigen Behandlung bekannt – genannt werden Antabus, Campral, Dopral, Maltrexon, Demesta, Distraneurin, Temesta, Truxal.

Stationäre Behandlungen haben den Vorteilen, dass sie Teil von Langzeittherapien sind, dass sie von spezialisierten Einrichtungen durchgeführt werden und einen stabilen Rahmen bieten. Sie sind in aller Regel bei problematischem Alkoholkonsum nicht angezeigt. Dennoch können bei gleichzeitig auftretenden physischen Erkrankungen, die einen stationären Aufenthalt notwendig machen, auch Personen mit problematischem Konsum von stationären Behandlungen profitieren. An stationären Behandlungen nennen die befragten Fachpersonen die Durchführung von Entzügen (mehr als eine Fachperson betont, dass die bis zum Alter von 70 Jahren möglich sind), die Arbeit in Suchtgruppen, Gesprächstherapien.

Ambulante Behandlungen, als Einzeltherapien oder als Arbeit in Gruppen, erscheinen bei problematischem Alkoholkonsum als besonders indiziert, jedenfalls mehr als bei eindeutigen Suchtfällen, da für solche ambulante Behandlungen in der Regel nicht ausreichend sind. Voraussetzung für den Erfolg ist aber, wie immer, die Motivation und die Bereitschaft der betroffenen Personen zur Kooperation. An Ansätzen für ambulante Behandlungen nennen befragte Fachpersonen teilweise dieselben wie unter „Kurzinterventionen“ (siehe oben), ausserdem die Möglichkeit der Zusammenarbeit mit ÄrztInnen und mit Spitex, den Einbezug des sozialen Umfelds, Tageskliniken und Suchtgruppen.

Aufsuchende Arbeit, die eine Möglichkeit der ambulanten Behandlung ist, wird von den Auskunft gebenden Fachleuten durchgehend positiv beurteilt, da sie wichtige Möglichkeiten zum Beziehungsaufbau zu den betroffenen Personen eröffnet, also Kontinuität ermöglicht und von den Betroffenen, die sich nicht ausser Haus begeben müssen, sehr geschätzt wird. Allerdings wird in diesem Zusammenhang immer wieder die Kostenfrage erwähnt, welche ein Hindernis darstellt: aufsuchende Arbeit zur Reduktion problematischen Alkoholkonsums ist in vielen Fällen nicht bezahlt, und die aufsuchend tätigen Akteure, die bezahlte Dienstleistungen erbringen, sind nicht notwendigerweise im Bereich des problematischen Alkoholkonsums bei älteren Menschen aktiv. (Frage 38 des Fragerasters: Welche spezifischen Beratungs- und Behandlungsansätze zur Behandlung von problematischem Alkoholkonsum bei älteren Personen kennen Sie?)

3.7.1 Zugang zu Beratungen und Behandlungen

Good Practice: Der Zugang zu Beratungen und Behandlungen ist möglichst niederschwellig gestaltet.

Niederschwellige Zugänglichkeit setzt sich aus mehreren Elementen zusammen:

- **Zielgruppengerechte Information:** Verschiedene Zielgruppen werden je adäquat über Angebote an Beratung und Behandlung informiert: Gesundheitspersonal und Einrichtungen, welche mit älteren Menschen zu tun haben bilden eine Zielgruppe, die über institutionelle Kanäle über Angebote informiert werden können. Die Betroffenen und Angehörigen bilden eine weitere Zielgruppe, an die Informationen über Angebote gerichtet werden, allerdings ist diese Zielgruppe heterogen: Frauen und Männer sind u.U. je spezifisch und über ihnen besonders zugängliche Kanäle anzusprechen. Für MigrantInnen sind Informationen über Angebote möglicherweise in ihren Muttersprachen bereitzustellen – die Angebote selbst müssen dann allerdings ebenfalls mehrsprachig bereitstehen. Für schwer Erreichbare sind die Informationen beziehungsgeleitet und aufsuchend zu vermitteln (Soom Ammann & Salis Gross 2011).
- **Koordinierte Information über Angebote:** Einrichtungen und Gesundheitspersonal, die Betroffene an Angebote verweisen wollen, können dies aufgrund pro Region übersichtlich präsentierter und kurz charakterisierter Angebote besonders effizient tun.
- **Nutzung der Möglichkeiten aufsuchender Arbeit:** Eine wichtige Art des Zugangs besteht gemäss der Befragten in der aufsuchenden Arbeit. Die ist nicht nur für Prävention und Früherkennung von Bedeutung, sondern auch für Beratung und Behandlung. Personen mit problematischem Alkoholkonsum, die in ihren eigenen Wohnungen oder in Heimen leben, können durch aufsuchende Arbeit dort beraten und behandelt werden und auf diese Weise möglicherweise leichter für eine Behandlung motiviert werden.

(Frage 38 des Fragerasters: Welche spezifischen Beratungs- und Behandlungsansätze zur Behandlung von problematischem Alkoholkonsum bei älteren Personen kennen Sie?)

3.7.2 Art der Beratungen und Behandlungen

Good Practice: Beratungen und Behandlungen werden aufgrund eingehender Abklärungen durchgeführt.

An diesen Abklärungen – die nicht bloss in der Anwendung eines Screening-Instruments bestehen, sondern es erlauben, ein umfassendes Bild der Trinkgewohnheiten und der konkreten Lebenssituation der Betroffenen zu erstellen – sollen sich nach Aussage der befragten Personen möglichst alle Akteure aus dem Umfeld der Person mit problematischem Alkoholkonsum beteiligen. (Frage 38 des Fragerasters: Welche spezifischen Beratungs- und Behandlungsansätze zur Behandlung von problematischem Alkoholkonsum bei älteren Personen kennen Sie?)

Good Practice: Ziele von Beratungen und Behandlungen werden in Zusammenarbeit mit den Betroffenen definiert.

Es kann davon ausgegangen werden, dass die Beteiligung der Betroffenen in die Formulierung von Zielen für die Beratung und Behandlung deren Erfolgsaussichten verbessert. Die Identifikation der Betroffenen mit dem Vorhaben steigt, wenn sie selbst an der Definition von zu erreichenden Vorgaben beteiligt sind. Wichtige Beispiele für die Beteiligung von betroffenen Personen an der Definition von Zielen zur Reduktion des Alkoholkonsums sind das Definierte und das Kontrollierte Trinken. Dabei stehen vor allem die Trinkmenge und die Kadenz im Vordergrund, welche in Absprache mit dem Klienten definiert werden. Aber auch für andere Massnahmen ist mindestens Transparenz zum Vorgehen und idealerweise ein Einbezug der Betroffenen in Planung und Zielsetzung.

Good Practice: Es steht genügend Zeit für die Beratung und Behandlung zur Verfügung.

Die Qualität und die Wirksamkeit von Beratungen und Behandlungen problematischen Alkoholkonsums hängen davon ab, dass ihnen genügend Zeit zur Verfügung steht. Der zeitlichen Planung von Interventionen ist deshalb ebenfalls genügend Raum zu geben. Diese Good Practice kann als Formulierung des Qualitätsanspruchs von Beratungen und Behandlungen überhaupt verstanden werden. Das gilt selbstverständlich für längerfristige Beratungen, aber auch Kurzinterventionen und Kurzberatungen (siehe nächste Good Practice) bedürfen eines (zeitlichen) Rahmens, der ihre Qualität und damit Wirksamkeit begünstigt. (Frage 27 des Fragerasters: Inwiefern ist das Konzept des „Kontrollierten Trinkens“ ... in Ihrer Berufsgruppe / Institution / Organisation, wird es geschult, praktiziert und diskutiert...?)

Good Practice: Es bestehen Angebote unterschiedlicher Art, welche auf verschiedene Situationen und Bedürfnisse adäquat zu reagieren vermögen.

Die Beurteilung von drei Interventionstypen zeigt, dass sie alle mehrheitlich positive Effekte, oder zumindest eine positive Erfahrung der Intervenierenden zeigen – bei Kurzinterventionen und –beratungen wissen die Dienstleister in aller Regel nichts über die Wirkung ihrer Intervention, da sie die Personen nach erfolgter Intervention nicht mehr sehen. Weil alle drei erfragten Interventionsarten mehrheitlich positiv beurteilt werden, sind sie alle – situationsgerecht, an den Einzelfall angepasst – anzuwenden. Immer wieder wird die Frage der Bezahlung erwähnt: Besonders ÄrztInnen erhalten in der Regel ihren Aufwand bloss dann entschädigt, wenn sie im Rahmen eines Programms aktiv sind, nicht aber, wenn sie Interventionen als Teil ordentlicher Ordinationen durchführen. Finanziell ist die Motivation von HausärztInnen für die Durchführung von Interventionen also gering.

Tabelle 29: Erfahrungen mit verschiedenen Interventionstypen

	Kurzintervention^{*)}	Kurzberatung^{**)}	Längerfristige Beratung
Sehr positiv	28,0%	19,2%	66,7%
Eher positiv	52,0%	73,1%	33,3%
Eher negativ	20,0%	7,7%	-
Sehr negativ	-	-	-

NB Zwischen 25 und 27 von 37 Befragten machten Angaben

*) Kurzinterventionen werden von Gesundheitspersonal, welches in Gesprächsführung geschult ist, durchgeführt.

**) Kurzberatungen sind von Ärzten durchgeführte Beratungen, welche nicht über einen oder einige wenige Kontakte zwischen BeraterIn und Betroffener Person hinausgehen.

Frage 32 des Fragerasters: Wie sind Ihre Erfahrungen bei der Durchführung von konkreten Massnahmen zur Reduktion problematischen Alkoholkonsums bei älteren Personen?

Kurzinterventionen: Solche Interventionen folgen nicht notwendigerweise auf den Einsatz eines Screening-Instruments. Sie können – gemäss Aussage der befragten Fachleute – ungeplant geschehen, als Reaktion auf einen Vorfall – den Sturz einer Person beispielsweise – und können bewusstseinsbildend wirken, bei den Betroffenen, häufig aber auch bei Angehörigen. Kurzinterventionen werden häufig von Spitex-Personal durchgeführt, welche mit einem konkreten Problem konfrontiert sind, aber auch von ÄrztInnen oder Pflegepersonal in Spitälern.

Kurzberatungen: Solche Interventionen eignen sich besonders für „leichte“ Fälle, und für den Kontakt mit Angehörigen. Die Kurzberatung erfolgt durch geschultes Personal, durch Hausärzte hauptsächlich durch Pflegepersonal, durch VertreterInnen spezialisierter Beratungsstellen. Im besten Fall führen sie zu einem Problembewusstsein, zu Verhaltensänderungen oder zum Beginn einer längerfristigen Beratung oder Behandlung.

Längerfristige Beratungen / Behandlungen: Längerdauernde Interventionen werden eindeutig als effektivste Intervention beurteilt – das liegt auch daran, dass die geschulten BeraterInnen/TherapeutInnen die Auswirkung ihrer Aktivität kennen. Als wichtige stützende Massnahmen nennen Befragte den Einbezug von Angehörigen, des sozialen Umfelds, die Strukturierung von Zeiten und Räumen und die Aufbau einer Beziehung zu den beratenen Personen, welche der Motivation für eine Reduktion des Alkoholkonsums förderlich ist. Zu den längerfristigen Beratungen gehört auch das Gesundheitscoaching, das als mögliche Intervention vorgesehen werden kann.

(Frage 32 des Fragerasters: Wie sind Ihre Erfahrungen bei der Durchführung von konkreten Massnahmen zur Reduktion problematischen Alkoholkonsums bei älteren Personen?)

Die Beurteilungen der drei Interventionstypen sind nicht spezifisch auf problematischen Alkoholkonsum ausgerichtet, sondern gelten in der Suchtberatung generell. Die Spezifik der Intervention von problematischem Konsum besteht darin – so lassen sich Bemerkungen der Befragten interpretieren (Fragen 24 und 25 des Fragerasters: Massnahmen zur Behandlung

von problematischem Alkoholkonsum sind auch bei älteren Menschen sinnvoll und in meiner Institution / Berufsgruppe durchführbar) – dass die Aussichten auf Erfolg grösser sind, und dies besonders bei Personen, deren problematischer Alkoholkonsum relativ rezent ist. Ebenso bemerken einige Befragte, dass die Erfolgsaussichten bei jungen Alten grösser sind als bei Personen im hohen Alter. Schnoz et al. (2006) stellten im Rahmen einer Dokumentation zu „Alter und Sucht“ allerdings fest, dass die Wirkung von Interventionen zur Reduktion problematischen Alkoholkonsums bei älteren Menschen (insbesondere bei Frauen) ebenso gut sein kann wie bei jüngeren Zielgruppen.

Zu einem umfassenden Angebot zur Behandlung problematischen Alkoholkonsums gehören auch Interventionen, die sich nicht in erster Linie durch ihre Dauer, sondern durch andere Aspekte des Settings unterscheiden. Im Verlauf der Studie – anlässlich der Treffen mit ExpertInnen und in der Beantwortung der Frageraster – wurde auf verschiedene entsprechende Interventionsmöglichkeiten hingewiesen. Es handelt sich in der Tendenz um Interventionen, welche nicht als kurze zu planen und zu realisieren sind (Fragen 24 und 25 des Fragerasters: Massnahmen zur Behandlung von problematischem Alkoholkonsum sind auch bei älteren Menschen sinnvoll und in meiner Institution / Berufsgruppe durchführbar):

Einzelangebote: Die Behandlung problematischen Konsums in einer Beziehung zwischen betroffener Person und ExpertIn ist das verbreitetste Setting. Aber auch hier wird versucht, das soziale Umfeld der Betroffenen miteinzubeziehen.

Gruppenangebote: Die Arbeit in Gruppen ermöglicht es den Betroffenen, sich gegenseitig zu stützen. Die Reduktion problematischen Alkoholkonsums wird auf diese Weise zu einem gemeinsamen Vorhaben, dessen Erfolg auch auf den sozialen Beziehungen der Betroffenen beruht.

Aufsuchende Angebote: Beratungen und Behandlungen im üblichen Umfeld der Betroffenen (in der Wohnung, im Alters- oder Pflegeheim) haben die Herausforderung der Erreichbarkeit gelöst.

Gesundheitscoaching: Mittels Coaching für Individuen oder Gruppen, einer Form der längerfristigen Intervention, kann der problematische Alkoholkonsum in Zusammenhang mit anderen Gesundheitsthemen angegangen werden.

Stationäre Behandlungen: Diese Behandlungsform kommt hauptsächlich bei exzessivem Alkoholkonsum zum Zug. Sie ist eine Option, wenn problematischer Konsum mit physischen Leiden kombiniert ist.

Good Practice: Es bestehen altersspezifische Angebote zur Beratung und Behandlung von problematischem Alkoholkonsum.

Beratungs- und Behandlungsangebote, welche spezifisch auf die älteren Bevölkerungsgruppen ausgerichtet sind, existieren erst ansatzweise. Wo sie existieren, sind die mit ihnen gemachten Erfahrungen durchaus positiv. Zu bemerken ist, dass die „Altersspezifik“ bisweilen darin besteht, dass allgemeine Verfahrensweisen für die Zielgruppe der SeniorInnen angepasst werden. Verschiedene Befragte nennen Angebote zur Freizeitgestaltung als wichtige Massnahmen, und wiederum ist die Stützung der Angebote durch den Einbezug und die Mitarbeit des sozialen Umfelds der Betroffenen von grosser Bedeutung.

Tabelle 30: Bewertung „altersspezifischer Angebote“

Sehr positiv	50,0%
Eher positiv	42,9%
Eher negativ	7,1%
Sehr negativ	-

NB 14 von 37 Befragten machten Angaben

Frage 32 des Fragerasters: Wie sind Ihre Erfahrungen bei der Durchführung von konkreten Massnahmen zur Reduktion problematischen Alkoholkonsums im Alter?

Good Practice: Angebote für Kontrolliertes Trinken und für Definiertes Trinken sind für ältere Personen besonders leicht zugänglich.

Ein prominentes Beispiel für Behandlungen, welche die Beteiligung der Betroffenen an der Zieldefinition ermöglichen, ist das Kontrollierte und Definierte Trinken, bei welchem meist eine pro Tag oder Woche konsumierbare Alkoholmenge bestimmt wird, sowie alkoholfreie Tage. Die Erfahrungen mit dieser Behandlungsart ist überwiegend positiv. Mehrere der befragten Fachleute wurden für die Umsetzung des Konzepts geschult. Als unbefriedigend bewerten einige der befragten Fachleute die Notwendigkeit der Selbstkontrolle (was „strukturierter Persönlichkeiten“ bedarf), die Notwendigkeit, das gesamte Umfeld in die Massnahme einzubeziehen, den nötigen Kontrollaufwand, der ausserdem nicht zu garantieren vermag, dass die Betroffenen sich auch tatsächlich an die vereinbarten Mengen halten. Bevorzugt wird deshalb von einigen der befragten Fachleute der Ausschluss jeglichen Alkoholkonsums. Die Durchsetzung der Abstinenz weist aber ebenfalls Probleme auf, sie kann ebenfalls unterlaufen werden, und auch sie macht einen beträchtlichen Kontrollaufwand nötig bei Personen, die noch autonom sind. (Frage 27 des Fragerasters: Inwiefern ist das Konzept des „Kontrollierten Trinkens“ ... in Ihrer Berufsgruppe / Institution / Organisation, wird es geschult, praktiziert und diskutiert...?)

Tabelle 31: Bewertung des Konzepts des „Kontrollierten Trinkens“

Sehr positiv	34,5%
Eher positiv	44,8%
Eher negativ	13,8%
Sehr negativ	6,9%

NB 29 von 37 Befragten machten Angaben

Frage 27 des Fragerasters: Wie wird das Konzept des „Kontrollierten Trinkens“ bewertet?

Good Practice: Der Einsatz medikamentöser Behandlungen ist eine Option. Der Umgang mit Medikamenten geschieht verantwortungsvoll und indikationsgerecht.

Medikamentöse Behandlungen – diese erfolgen allerdings selten und in aller Regel bloss bei exzessivem Konsum – haben immer in Verbindung mit psychotherapeutischen und psychosozialen Massnahmen zu erfolgen. Diese Praxis wird den befragten Fachleuten zufolge durchgängig realisiert. Die Abgabe von Medikamenten zur Behandlung von Alkoholkonsum erfolgt nie ohne Begleitung durch andere therapeutische Massnahmen.

Good Practice: QuaTheDa gilt auch für die Arbeit mit älteren Menschen mit problematischem Alkoholkonsum.

Das vom Bundesamt für Gesundheit für den Suchtbereich entwickelten Qualitätsstandard, der ein einheitliches Qualitätsverständnis sowohl im ambulanten wie im stationären Bereich ermöglichen soll, hat selbstverständlich auch im Bereich des problematischen Trinkens älterer Menschen Gültigkeit.

Good Practice: Die aufsuchende Arbeit wird für Beratung und Behandlung von älteren Menschen genutzt, beispielsweise von schwer erreichbaren Personen mit problematischem Alkoholkonsum.

Die Betonung dieser Möglichkeit ergibt sich aus den immer wieder festgestellten Problemen mit dem Zugang zu den Zielgruppen. Die beschränkte Erreichbarkeit älterer Personen im Allgemeinen und der Zielgruppe mit problematischem Alkoholkonsum im Besonderen macht es hier notwendig, Prävention, Früherkennung und Beratung sowie Behandlung auch mittels aufsuchender Formen zu ermöglichen.

Das bedeutet zweierlei: Erstens sind bereits aufsuchend arbeitende Dienstleister wie beispielsweise Spitex oder in gewissen Gemeinden und Regionen auch kommunale Sozialdienste besonders für die Prävention und Früherkennung problematischen Konsums zu befähigen. Gleichzeitig stellen sich hier Kapazitätsfragen: Haben diese Dienste Zeit für diese Aufgaben, werden sie entschädigt, wollen sie entsprechende Aufgaben überhaupt übernehmen? Zweitens stellt sich die Frage, ob Akteure, welche beratend und behandelnd aktiv sind, aufsuchend aktiv werden wollen, und ob sie dies aufgrund ihres Auftrags und ihrer Finanzierung überhaupt können. Die Aufgabe der Prävention- und der Früherkennung ist effizienter

durch Dienstleister zu übernehmen, welche bereits aufsuchend aktiv sind, die Beratung und Behandlung hat sich nach Möglichkeit für die aufsuchende Arbeit zu öffnen.

Good Practice: Das soziale Umfeld der von problematischem Alkoholkonsum betroffenen Personen wird in Behandlungen und Beratungen einbezogen.

Die Reduktion problematischen Alkoholkonsums gelingt den Betroffenen rascher und besser, wenn sie in ihrer Anstrengung durch ihr soziales Umfeld – Angehörige, Freunde, eventuell den Arbeitgeber, das Heim, in welchem sie wohnen – unterstützt werden. Eine solche Unterstützung kann besser gewährt werden, wenn das soziale Umfeld seine Rolle kennt, wenn VertreterInnen der verschiedenen Bereiche den Behandlungsplan kennen und die dort definierten Vorgehensweisen gezielt unterstützen können. Es sind die beratenden und behandelnden Personen und Organisationen, welchen Aufgaben des Einbezugs von Angehörigen, Bekannten und eventuell weiteren Personen in Behandlungen und Beratungen zukommt. Sie laden diese ein, an Gesprächen teilzunehmen, im Alltag Verhaltensweisen an den Tag zu legen, welche die Betroffenen unterstützen, den Kontakt mit ihnen so zu gestalten, dass ihnen die Reduktion des Alkoholkonsums leichter fällt.

Good Practice: Beratungen und Behandlungen propagieren und unterstützen soziale Kontakte und Tagesstrukturen für ältere Personen mit problematischem Alkoholkonsum.

Eng zur vorangehenden Good Practice gehört die Unterstützung der Behandlung und Beratung durch ein weiteres Umfeld. Ohne notwendigerweise direkt in die Behandlung einbezogen zu werden, können beispielsweise Einrichtungen wie Altersheime regelmässige Aktivitäten anbieten, welche dazu beitragen, dass für die Betroffenen attraktive Alternativen zum Alkoholkonsum bestehen. Und die Betroffenen selbst können durch ein aktives Sozialleben und durch strukturierte Tagesabläufe dazu beitragen, dass ihnen die Reduktion des Alkoholkonsums leichter fällt.

3.7.3 Institutionelle Grundlagen für Beratungen und Behandlungen

Good Practice: Die Organisationen, welche ältere Menschen betreuen und behandeln, bearbeiten allfälligen problematischen Alkoholkonsum aufgrund klarer und verbindlicher Konzepte und Leitlinien.

Die Good Practice der explizit konzept- und leitlinienbasierten Aktivitäten, die bereits in Abschnitt 3.4 identifiziert wurde, ist bei weitem noch nicht in allen Organisationen umgesetzt. Von den befragten Personen (33 von 37 antworteten) geben 54,5% an, dass Richtlinien zum Umgang mit problematischem Alkoholkonsum in ihrer Berufsgruppe oder Organisationen verankert sind. Diese Richtlinien enthalten v.a. die Abläufe, welche nach dem Erkennen von problematischem Alkoholkonsum zu organisieren sind. (Frage 30 des Fragerasters: Sind Richtlinien / Handlungskonzepte in Ihrer Berufsgruppe / Institution / Organisation verankert?)

Klare Ablaufregelungen und Richtlinien werden aber von 85,2% der antwortenden 27 von 37 befragten Fachleuten als sinnvoll beurteilt. (Frage 40 des Fragerasters: Welche Instrumente wären ... sinnvoll?) Und 70,4% der antwortenden Personen (von 27 der 37 Befragten) identifizieren einen Bedarf an Leitfäden für ihren Arbeitsbereich, und darüber hinaus – beispielsweise für den ambulanten Bereich, für ethische Fragen, für Abläufe (vom Erkennen problematischen Alkoholkonsums bis zu seiner Behandlung) und für die Gestaltung von Interventionen. Auch für grundlegendere Konzepte zur Bearbeitung problematischen Alkoholkonsums in Organisationen stellen 62,1% der antwortenden 29 Personen einen Bedarf fest. Genannt werden ein Bedarf an allgemeinen Konzepten, welche sich auf einzelne Organisationen anpassen lassen, die Notwendigkeit, Konzepte zum Thema „problematischer Alkoholkonsum im Alter“ in bestehende Konzepte von Organisationen einzubauen; erwähnt wird aber auch die Schwierigkeit der Umsetzung von Konzepten, resp. die Notwendigkeit, bereits bestehende Konzepte anzuwenden. (Frage 42: Besteht aus Ihrer Sicht ein Bedarf an folgenden Instrumenten oder Methoden für den Umgang mit problematischem Alkoholkonsum: Schulungsmassnahmen, Leitfäden, Konzeptentwicklung, Austausch, sonstigen Massnahmen)

Die Wichtigkeit der Existenz von konzeptionellen Grundlagen und Leitfäden, welche das betreuende, pflegerische und heilende Handeln orientieren, besteht darin, dass sie eine Grundlage für die Qualität der Dienstleistungen darstellen. Darüber hinaus sind sie aber auch wichtig, um individuellen Mitarbeitenden Orientierung zu geben. Wo Grundlagen fehlen, wo eine Einrichtung dieses Thema nicht institutionell geklärt hat, überlässt sie es den Mitarbeitenden. Die Existenz von Leitlinien und Konzepten bedeutet, dass das Thema explizit gemacht werden muss: Diskussionen sind immer wieder notwendig, konkrete Fälle können und sollen im Licht der bestehenden Leitlinien besprochen werden und eventuell auch die Grundlage für eine Anpassung derselben liefern.

Good Practice: Das allfällige Dilemma zwischen dem Respekt für Selbstbestimmung der Betroffenen und der Notwendigkeit für eine Intervention wird auf der Grundlage von Konzepten oder Leitlinien der Organisation thematisiert.

In praktisch allen der Organisationen, in welchen die befragten Fachleute arbeiten, wird das Thema des möglichen Widerspruchs zwischen Selbstbestimmung der Betroffenen und aus gesundheitlichen Gründen indizierter Intervention immer wieder diskutiert – in den Organisationen selbst, anlässlich von Kontakten zwischen Organisationen, in informellen Diskussionen zwischen Mitarbeitenden einer Organisation und im Rahmen von Supervisionen. (Frage 26 des Fragerasters: Inwiefern wird das Dilemma zwischen dem „Respekt vor der Selbstbestimmung der Betroffenen und der Notwendigkeit einer Intervention“ in ihrer Berufsgruppe / Organisation diskutiert oder geregelt?) Haltungsfindungsprozesse zum Thema innerhalb von Organisationen werden von über 80% der antwortenden Fachleute als sinnvoll und wichtig erachtet. (Frage 40 des Fragerasters: Welche Instrumente wären für Ihre Berufsgruppe und für den Umgang mit älteren Personen mit problematischem Alkoholkonsum sinnvoll?) Ent-

sprechende Diskussionen erfolgen bisweilen, also bei einer Minderheit der befragten Personen, auf der Grundlage von bestehenden institutionellen Leitlinien, häufig ausschliesslich fallweise, ohne verschriftlichten konzeptionellen Hintergrund. Auch Weiterbildungen thematisieren das Dilemma zwischen Autonomie von gepflegten Personen und Indikation von Interventionen regelmässig. Die Existenz von Leitlinien hat Vorteile: Die Diskussionen um den allfälligen Widerspruch zwischen Selbstbestimmung von KlientInnen und von Fachleuten als notwendig erachteten Interventionen kann auf einer Grundlage diskutiert werden, welche die Thematik bereits vorbearbeitet hat und bereits Erfahrungen enthält. Die einzelnen MitarbeiterInnen werden entlastet, weil sie u.U. weitreichende ethische Entscheidungen nicht allein, sondern eben auf einer von der Organisation definierten Grundlage fällen können.

Die Existenz von konzeptionellen Grundlagen für die Entscheidung der Mitarbeitenden stellt eine Good Practice dar, gleichzeitig erlaubt sie es nicht, dass einzelne Mitarbeitende Entscheidungen an eine institutionelle Vorgabe delegieren: Die Reflexion jedes Einzelfalles – die idealerweise nicht individuell geschieht – ist immer wieder notwendig. Solche Entscheide sind jeweils auch Haltungsfindungsprozesse, welche, idealerweise wiederum als kollektive organisiert, es den einzelnen Mitarbeitenden einer Organisation erlauben, fallweise, aber auf einer gemeinsame Grundlage zu entscheiden und dabei alle Interessen zu berücksichtigen. Zu bemerken ist auch, dass solche Entscheide in aller Regel nicht ein „entweder-oder“ betreffen, sondern das „Wie?“ des Vorgehens. Zwischen der Sicherung der Autonomie der betroffenen Personen und der Notwendigkeit zu Interventionen, gibt es Handlungs- und Verhandlungsspielräume, welche reflektiert genutzt werden sollen.

Good Practice: Personal, das mit älteren Personen mit problematischem Alkoholkonsum zu tun hat, kann sein Wissen zu Beratungs- und Behandlungsmöglichkeiten auf dem aktuellen Stand halten.

Die Kenntnis der Möglichkeiten der Beratung und der Behandlung von problematischem Alkoholkonsum speziell für ältere Menschen ist die Voraussetzung für adäquate und qualitativ gute Beratung. Schulungen und Weiterbildungen sind eine wichtige Möglichkeit zur Vorbereitung und dauernden Qualifizierung von Personal für ihre Aufgaben. Besonders Schulungen für Kurzinterventionen und Kurzberatungen werden als sinnvoll erachtet: Jeweils über 80% der Antwortenden (27 und 28 von 37) identifizieren einen Bedarf an entsprechenden Weiterbildungen. Schulungen für längerfristige Beratungen und für aufsuchende Arbeit werden von 69%, resp. 64% der antwortenden (29 und 25) Personen als sinnvoll beurteilt. (Frage 40 des Fragerasters: Welche Instrumente wären für Ihre Berufsgruppe für den Umgang mit älteren Personen mit problematischem Alkoholkonsum sinnvoll?)

Über den Bereich der Beratungs- und Behandlungsmethoden hinaus konstatieren 82,4% der antwortenden Personen (34 von 37) einen generellen Schulungsbedarf. Die vorgeschlagenen Themen umfassen die Themen „Alter und Alkohol“, „Demenz und Alkohol“, die Kenntnis altersspezifischer Angebote, die Probleme des Mischkonsums, den Aufbau von Motivation,

die Möglichkeit zur Reaktion auf „schwierige“ Personen und auf Widerstände gegen Beratung und Behandlung, die Zusammenarbeit mit Angehörigen und Einrichtungen sowie ethische Fragen (vor allem das Dilemma „Autonomie oder/und Intervention“). (Frage 42: Besteht aus Ihrer Sicht ein Bedarf an folgenden Instrumenten oder Methoden für den Umgang mit problematischem Alkoholkonsum: Schulungsmassnahmen, Leitfäden, Konzeptentwicklung, Austausch, sonstigen Massnahmen)

Good Practice: Personal, das mit älteren Menschen mit problematischem Alkoholkonsum zu tun hat, hat Zugang zu fachlichem Austausch und fachlicher Unterstützung.

Intervisionen, Supervisionen, Falldiskussionen, die Besprechung der Zusammenarbeit zwischen Einrichtungen, der Austausch innerhalb der eigenen Berufsgruppe sind Möglichkeiten, Wissen und Erfahrungen auszutauschen und so zur Qualität von Beratungen und Behandlungen und zu ihrer Sicherung beizutragen. Fast 70% der 29 Antwortenden befürworteten die Notwendigkeit solcher Möglichkeiten, die besonders zwischen Organisationen weiter ausgebaut werden können, die jeweils aber auch Ressourcen absorbieren. Die Möglichkeit zum Austausch und der Zugang zu Wissen sind auch elektronisch herstellbar. (Frage 42: Besteht aus Ihrer Sicht ein Bedarf an folgenden Instrumenten oder Methoden für den Umgang mit problematischem Alkoholkonsum: Schulungsmassnahmen, Leitfäden, Konzeptentwicklung, Austausch, sonstigen Massnahmen)

3.7.4 Grenzen von Beratung und Behandlung

Dem Erfolg von Beratungen und Behandlungen problematischen Alkoholkonsums bei älteren Menschen sind trotz der guten Erfolgsaussichten auch Grenzen gesetzt. Die mangelhafte Erreichbarkeit (in all ihren Dimensionen, bis hin zur Mobilität – der Zielgruppen und der Anbieter) und die fehlende Motivation oder sogar der (beispielsweise auf soziokulturellen Wahrnehmungen des Alkoholkonsums beruhenden oder in der Scham der Betroffenen begründeten) Widerstand von Personen, welche von Beratungen und Behandlungen profitieren könnten setzen besonders wichtige Grenzen. Bisweilen sind es aber auch die fehlenden finanziellen Möglichkeiten (der betroffenen Personen oder der Einrichtungen, beispielsweise aufsuchender Anbieter wie der Spitex oder von Altersheimen, welche sich um sie kümmern) oder die fehlende Kooperation von Angehörigen, welche es verhindern, dass Therapien überhaupt begonnen werden. (Fragen 24 und 25 des Fragerasters: Massnahmen zur Behandlung von problematischem Alkoholkonsum sind auch bei älteren Menschen sinnvoll und in meiner Institution / Berufsgruppe durchführbar. Frage 33 des Fragerasters: Inwiefern erschweren allfällige Barrieren die Durchführung von konkreten Massnahmen zur Reduktion problematischen Alkoholkonsums innerhalb Ihrer Tätigkeit?)

Fallbeispiel ZUEFAM: Handlungsfindung und Handlungsabläufe

Spitex Wipkingen / Altersheime Zürich

Das Problem: Spitex-Mitarbeitende sind immer wieder mit problematischem Alkoholkonsum in privaten Haushalten konfrontiert. Alleinstehende Personen oder Paare haben schon immer viel Alkohol konsumiert, sie trinken plötzlich vermehrt, sie verstecken ihren Alkoholkonsum, oder sie trinken ohne den Versuch zu machen, dies heimlich zu tun. Sie beschaffen sich Alkohol selbst, über Angehörige, gelegentlich auch über den Spitexdienst. Thematisiert wird der Alkoholkonsum kaum oder bloss beiläufig – auch darum, weil die Spitex-Mitarbeitenden auf sich allein gestellt sind, keinen Rückhalt in der Organisation haben.

Die Reaktion: In Zusammenarbeit mit der Zürcher Fachstelle zur Prävention des Alkohol- und Medikamenten-Missbrauchs definiert die Leitung des Spitex-Dienstes zuerst eine gemeinsame interne Haltung bezüglich problematischen Alkoholkonsums und der Rolle von Spitex-Wipkingen. Das erlaubt eine Anpassung des Handbuchs und die Klärung der internen Verantwortlichkeit für Suchtfragen. In einem nächsten Schritt wird ein Ablaufschema entwickelt, welches den Mitarbeitenden auf allen Ebenen Orientierung bietet, indem es ihnen anzeigt, wie es zu handeln hat, wenn es mit problematischem Alkoholkonsum konfrontiert ist. Diese Grundlage entlastet das Personal, sie erlaubt es, das Problem anzugehen, nicht wegzuschauen. Besonders wichtig am Ablaufschema sind der Einsatz eines Beobachtungsbogens und die nötigenfalls vorgesehene Kontaktnahme mit Fachleuten.

Fallbeispiel integrierten Psychiatrie Winterthur und Zürich Unterland: Altersspezifisches Vorgehen

Therapeutische Reaktion auf Scham, Delirium, Entzugssymptome und Rückfälle

Problemlast

Die Therapeuten und Ärzte der Alterspsychiatrie der ipw stellten bereits 2008 fest, dass es zum Thema Abhängigkeit im Alter sehr wenig Literatur gab. Darum erstellten wir ein eigenes Papier zu dem Thema in dem wir die Besonderheiten der Abhängigkeit im Alter und unsere Behandlungserfahrungen fest hielten. Für die Abhängigkeit im Alter stellten wir folgende Besonderheiten fest:

- 1.** Die Scham der Patienten führt oft zu einem Nichterkennen der Krankheit durch Arzt und Pflegepersonal bei der Aufnahme.
- 2.** Im Alkoholentzug ist das Entzugsdelir eine schwere Komplikation, die es unbedingt zu vermeiden gilt. Dies erscheint teilweise schwierig, weil Patienten und Teammitglieder Entzugssymptome zum Teil verkennen, da auch andere somatische Gründe für Zittern, Bluthochdruck, Schlafstörungen und ähnliches vorliegen können.
- 3.** Entzugssymptome wie Tachykardien, Bluthochdruck, Unruhe, Zittern erzeugen bei älteren Menschen häufiger Angst und Unsicherheit, ob der Körper den Abbau des Ersatzmittels ertragen kann. Zum Teil wird rasch mit der Überzeugung, dass man sich das in seinem Alter nicht mehr zumuten dürfe der Entzug wieder abgebrochen.
- 4.** Rückfälle gehören zur Entzugsbehandlung abhängiger Menschen dazu, belasten neben Patienten und Behandlungsteam ganz wesentlich auch die nahen Angehörigen und senken die Bereitschaft weitere Entzüge und Massnahmen zu unterstützen.

Umgesetzte Massnahmen

zu 1: Die Frage: "Trinken sie Alkohol?" könnte im Altersbereich durch eine genaue Befragung zu Gewohnheiten bei den Mahlzeiten und nach Abendritualen ersetzt werden. Dabei können ältere Menschen, nach unserer Erfahrung ungeniert auch von dem Glas Rotwein oder Bier erzählen, welches möglicherweise zum Essen dazu gehört und bei der Frage nach Alkohol schlicht "vergessen" wird.

zu 2: Zur Überwachung eines Patienten im Alkoholentzug wird stündlich Blutdruck und Puls kontrolliert. Zu Beginn der Behandlung werden anhand der unter Alkohol gemessenen Blutdruck- und Pulswerte Grenzen festgesetzt.

Weicht der Blutdruckwert über 20 mm Hg vom Ausgangswert ab oder ist der Puls um 20 Schläge höher als der Ausgangswert muss eine Kapsel Clomethiazol oder eine Tablette Lorazepam aus der Reserve gegeben werden. Diese Überwachung wird für 48 h durchge-

führt, ausser wenn der Patient ruhig schläft. Anschliessend wird die über 24 h gebrauchte Clomethiazol- oder Lorazepam- Menge fix verordnet und ein kleinschrittiger Abbau kann beginnen.

zu 3: Der Abbau der Ersatzsubstanz (Clomethiazol oder Lorazepam) erfolgt in deutlich kleineren Schritten als im Erwachsenenbereich (1-2 Kapseln Distra oder 1-1,5 mg Temesta pro Woche) um Entzugssymptome zu vermeiden und die Compliance der Patienten im Entzug zu fördern.

zu 4: Die Arbeit mit den nahen Angehörigen erachten wir als wichtigen Therapiebaustein der Behandlung. In Paar- und Familiengesprächen erarbeiten wir einen Krisenplan für einen möglichen erneuten Rückfall. Dabei bestimmt der dann nüchterne Patient massgeblich, wie sich die Angehörigen im Falle seines erneuten Rückfalls verhalten sollen mit. Absprachen zwischen dem Patient und seinen Angehörigen für solche Krisen halten wir schriftlich fest und lassen sie vom Patient und den Angehörigen unterschreiben. Insbesondere die Frage wann ein Arzt gerufen werden darf, oder wann der behandelnde Therapeut von wem (Patient selber oder Angehörige) informiert werden darf, halten wir dezidiert fest. Dies gibt den Angehörigen im Fall eines weiteren Rückfalls die Sicherheit, dass sie sich im Sinne des nüchternen Patienten entscheiden, auch wenn dieser in der Krise ganz anderes verlangt.

Innovation

zu 1: Durch die veränderte Fragetechnik kann wertfrei zunächst von den Gewohnheiten berichtet werden, bevor der Verdacht der Abhängigkeit im Raum steht.

zu 2: Insbesondere das Festlegen der individuellen Blutdruckgrenzen ist für den Altersbereich wichtig, da die Blutdruckwerte bei einzelnen Patienten stark variieren können. Eine stündliche Blutdruck- Pulskontrolle über 48 h ist in der Pflege nicht immer sehr beliebt, wird aber zuverlässig durchgeführt, wenn die Gründe transparent sind. Die sehr individuelle Dosierung von Clomethiazol oder Lorazepam verhindert neben der Unterdosierung mit Delir-Gefahr auch die Überdosierung mit Sturzgefährdung der Patienten. Dies bei einem Patientenkontext bei dem man mit einer grossen Varianz der Symptomatik im Entzug rechnen muss. Diazepam, welches im Erwachsenenbereich gern zur Entzugsbehandlung verwendet wird, kann im Altersbereich wegen der langen Halbwertszeit (mehr als 24 h möglich) und der damit verbundenen fehlenden Steuerbarkeit des Entzugs und der Kumulationsgefahr nicht eingesetzt werden.

zu 3: Die langsame Entzugsbehandlung verlängert die Behandlung zum Teil um einige Wochen. In dieser Zeit kann der Patient sich aber auch psychisch schon vom Alkohol lösen, was durch psychotherapeutische Angebote in Gruppen oder Einzel unterstützt wird.

zu 4: Die genaue Absprache was bei Rückfällen von wem und wann unternommen wird, ermöglicht es dem Patienten mit klarem Kopf mit zu bestimmen was mit ihm geschehen soll. Die Akzeptanz dieser Massnahmen ist damit anschliessend deutlich höher. Angehörige füh-

len sich sicherer in ihrer Rolle in der Krise. Eskalationen können zum Teil vermieden werden, so dass Kollateralschäden im sozialen Netz weniger gravierend ausfallen.

In der Praxis verankert

zu 1 und 2 und 3 und 4: in klinikinternen Fortbildungen wird dieses Vorgehen gelehrt. Im alterspsychiatrischen Kolloquium an dem alle Stationsleiter, Psychologen und Oberärzte, Leitende Ärzte und die Chefärztin des Altersbereichs der ipw teil nehmen wurde dieses Vorgehen für verbindlich erklärt. Auf den meisten Stationen im Altersbereich ipw wird nach diesen Vorgaben behandelt.

Nicht in der Praxis verankert:

zu 1 und 2 und 3 und 4: eine Schulung aller Teams der Alterspsychiatrischen Stationen steht noch aus.

Fallbeispiel Psychiatrische Dienste Thurgau: Alterspsychiatrie / Psychotherapie

Ambulante Gruppentherapie von schwer suchtkranken älteren Menschen in der PDT

Problemfeld: Der Anteil von stationär in der Alterspsychiatrie behandelten Patienten mit chronischen Abhängigkeitserkrankungen nimmt seit längerer Zeit zu. Viele der Betroffenen sind meistens seit Jahren schwer alkohol- oder medikamentenabhängig, sozial isoliert und multimorbide. Die stationäre Aufnahme erfolgt in der Regel in akuten Krisen direkt aus dem ambulanten Setting oder in Form einer Übernahme aus den Kantonsspitalern. Während des stationären Aufenthaltes profitieren die Patienten oft sehr gut von der bei uns eingeführten kombinierten biologisch-psychotherapeutischen-sozialen Therapie. Nach der Entlassung kommt es trotz der erzielten therapeutischen Fortschritte fast regelhaft zu einer erneuten Destabilisierung der häufig kognitive beeinträchtigten Patienten mit Rezidiven und Verstärkung der sozialen Isolation.

Eine geeignete etablierte Einrichtung, um diesen Kreislauf zu unterbrechen existiert bis heute nicht im Kanton.

Massnahme mit innovativem Charakter: Wir bieten daher unseren Suchtpatienten nach einem stationären Aufenthalt den Besuch einer offenen ambulanten Suchtgruppe an, die von einer klinischen Psychologin unserer allgemeinen gerontopsychiatrischen Station geführt wird. Die Inhalte richten sich nach den Bedürfnissen der Teilnehmer(-innen). Methodisch wird psychotherapeutisch und sozialpsychiatrisch gearbeitet.

Dieses niedrigschwellige Angebot erlaubt es den schwerkranken Betroffenen in allen Lebenslagen Kontakt mit der Institution Alterspsychiatrie der PDT zu halten und soll das zuvor geknüpfte therapeutische Band bewahren. Zu den Leistungen gehört die Unterstützung bei Alltagsproblemen, in Krisen und bei Rückfällen. Die Gruppe dient also der frühen Prävention von medizinischen und psychosozialen Komplikationen bei schwer mehrfach erkrankten älteren Suchtpatienten.

Strukturelle Einbettung/Hindernisse: Die Gruppe ist Teil der Angebote der Alterspsychiatrie der PDT. Die Zielgruppe wird in Zukunft weiter zunehmen, ohne dass bisher spezifische Versorgungsstrukturen für deren Betreuung und Unterstützung existieren.

Die bisher etablierte Gruppe kann den tatsächlichen und zu erwartenden Versorgungsbedarf in diesem Feld nicht abdecken und ist unterfinanziert (Tarmed), das Defizit trägt die Klinik. An der Unterfinanzierung scheitert auch die Miteinbeziehung von anderen Berufsgruppen wie Pflegefachpersonen und Sozialarbeitern. Unter diesen Bedingungen ist ferner keine wissenschaftliche Evaluation dieses Angebotes möglich, die allerdings für deren gezielte Weiterentwicklung geboten ist.

Perspektive: In Anbetracht der demografischen Entwicklung der Schweiz mit einer überproportionalen relativen und absoluten Zunahme der alten und hochbetagten Bevölkerung, könnte die hier vorgestellte ambulante Gruppe für chronisch schwer suchtkranke ältere Menschen modellhaft evaluiert und anderen Kliniken vorgestellt werden.

Fallbeispiel Berner Gesundheit

Ambulanter Alkoholentzug (auch für ältere Menschen)

Hatten Sie schon einmal das Gefühl, dass Sie Ihren Alkoholkonsum verringern sollten? Sind Sie immer in der Lage, dann mit dem Trinken aufzuhören, wenn Sie es wollen? Hatten Sie schon einmal wegen Ihres Alkoholkonsums ein schlechtes Gewissen?

Haben Sie den Wunsch, etwas an Ihrer Situation zu ändern? Möchten Sie eine Alkoholpause einlegen? Dann reden Sie mit uns.

Wir bieten in den Zentren Bern, Jura Bernois-Seeland und Oberland ein einwöchiges Programm zum Alkoholentzug ohne Klinikaufenthalt an. Sie nehmen regelmässig an Gesprächen mit unserem Arzt und einer Therapeutin oder einem Therapeuten teil. Bestandteil des Programms ist auch die Teilnahme an einer Gruppe zum Thema Alkoholrückfall.

Falls nötig entscheiden wir gemeinsam mit Ihnen, ob Sie für den Entzug ein Medikament benötigen. Gerne arbeiten wir hier mit Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt, Ihrer Therapeutin oder Ihrem Therapeuten zusammen.

- Während der Therapiewoche können Sie zu Hause wohnen und etwa 50% arbeiten.
- Wir besprechen mit Ihnen, wie es nach Abschluss des Entzugs weiter gehen könnte.
- Der ambulante qualifizierte Alkoholentzug ist sicher und wirksam.

Melden Sie sich zu einem unverbindlichen Informationsgespräch an.

Zentrum Bern: Tel. 031 370 70 70, bern@beges.ch

Zentrum Jura Bernois-Seeland: Tel. 032 329 33 70, biel@beges.ch

Zentrum Oberland: Tel. 033 225 44 00, thun@beges.ch

4 Diskussion

Der vorliegende Bericht reflektiert die Ergebnisse einer explorativen Studie; diese hat nicht den Anspruch, das Thema „erfolgversprechende Massnahmen zur Reduktion des problematischen Alkoholkonsum bei älteren Menschen in der Schweiz“ abschliessend zu behandeln, sondern v.a. auch offene Fragen und Spannungsfelder aufzugreifen und zu thematisieren. Die folgenden Abschnitte kommentieren die zentralen Dimensionen der Ergebnisse aus der Studie und des Themas „erfolgversprechende Massnahmen zur Reduktion des problematischen Alkoholkonsums im Alter“ und machen Vorschläge für ihre weitere Bearbeitung.

Datenlage

Die präsentierten Ergebnisse der Studie stützen sich auf eine internationale Literaturrecherche und auf die Befragung von ExpertInnen und Fachpersonen sowie von Angehörigen in der Schweiz. Diese empirische Grundlage ist eine spezifische. Die vorgestellten Daten reflektieren die Praxis, die Sichtweisen und Einstellungen von sehr erfahrenen Personen, die sich ausserdem stark für das Thema „problematischer Alkoholkonsum im Alter“ engagieren. Bei ExpertInnen und Fachleuten ist das an ihrer beruflichen Praxis ablesbar, bei allen befragten Personen jedoch auch am Aufwand, welcher ihre Teilnahme an der Studie bedeutete (ein zweistündiges Interview oder die schriftliche Beantwortung eines langen Fragerasters, das auch offene Fragen enthält, für die ExpertInnen auch die Teilnahme an Workshops und an informellen Gesprächen mit den Studienbeauftragten). Die erhobenen Daten weisen deshalb einen grundsätzlich positiven Zugang zum Thema „problematischer Alkoholkonsum im Alter“ auf - jedenfalls wurden im Rahmen der Studie keine Stimmen laut, welche die Relevanz des Themas grundsätzlich in Frage gestellt hätten.

Problemlast

Eine Problemlast, welche die Durchführung von Massnahmen zur Reduktion von problematischem Alkoholkonsum älterer Menschen rechtfertigt, ist aus Sicht der befragten Personen klar gegeben. Dies schon deshalb, weil die physische und psychische Gesundheit von älteren Personen mit problematischem Alkoholkonsum als schlechter eingeschätzt wird als diejenige von Personen aus derselben Altersgruppe ohne problematischen Alkoholkonsum. Daran ändern auch allfällige Selbsteinschätzungen von VertreterInnen der Zielgruppe nichts – entweder ist ihr Konsum noch unterhalb der Grenze zum problematischen Verhalten, oder sie fühlen sich deshalb mit ihrem problematischen Konsum gut, weil sie dessen Problematik nicht erkennen oder thematisieren möchten.

Die Problemlast ist allerdings mit der vorliegenden Studie nicht vollständig erfasst – Unterschiede zwischen Kohorten, die Spezifik problematischen Alkoholkonsums bei Männern und bei Frauen, die Situation von Bevölkerungsteilen mit Migrationshintergrund beispielsweise,

aber auch die Unterschiede zwischen Sprachregionen, die Entwicklungen, welche sich beispielsweise aufgrund des sich verändernden kombinierten Konsums verschiedener Substanzen ergeben und ganz besonders auch die Problemlast für Angehörige bedürfen weiterer Präzisierungen, die mit gezielten Untersuchungen zu realisieren wären.

Sensibilisierung

Das Thema „problematischer Alkoholkonsum älterer Menschen“ wird erst seit relativ kurzer Zeit wieder neu in der Öffentlichkeit thematisiert. Studien und Datengrundlagen, sowie Evaluationen zur Wirksamkeit von Interventionen fehlen in der Schweiz noch weitgehend. Und auch das Bewusstsein um seine gesellschaftliche Bedeutung ist deshalb noch nicht bei allen Akteuren weit entwickelt. Auch bei Personen und Einrichtungen, welche sich bereits explizit mit dem Thema befassen, ist die Sensibilisierung für das Thema und für die Spezifik des problematischen Alkoholkonsums bei älteren Menschen noch nicht selbstverständlich. Die Sensibilisierung ist deshalb voranzutreiben – in der breiten Öffentlichkeit, in Gesundheitseinrichtungen, in spezialisierten Einrichtungen, im Rahmen von Gesundheitspolitiken. Eine solche Sensibilisierung kann günstige Voraussetzungen für die Durchführung von Massnahmen zur Reduktion problematischen Alkoholkonsums bei älteren Menschen schaffen.

Spannungsfelder

Massnahmen zur Reduktion problematischen Alkoholkonsums sind in verschiedenen Spannungsfeldern situiert. Dazu gehören beispielsweise die Diskussion um das Verhältnis zwischen Prävention und Behandlung, das auch in ganz anderen Bereichen diskutiert wird, sowie die Frage, warum es eine altersspezifische Beschäftigung mit dem Thema überhaupt braucht, warum nicht einfach die allgemeinen Massnahmen zur Reduktion problematischen Alkoholkonsums auch für die älteren Menschen zugänglich sein sollen. Ein Spannungsfeld besteht auch zwischen dem Anspruch auf die Autonomie der älteren Menschen mit problematischem Alkoholkonsum und der Pflicht von Gesundheitspersonal zu Interventionen – die allenfalls als Übergriffe gedeutet werden. Das Thema wird innerhalb von Organisationen und unter Fachleuten gegenwärtig intensiv diskutiert. Idealerweise erlauben Handlungsfindungsprozesse und Schulungen, die Entwicklung von Konzepten und Richtlinien sowie von Handlungsabläufen einen produktiven Umgang mit den auftretenden Dilemmata, der einzelne Mitarbeitende und Berufsgruppen entlastet, indem er institutionell legitimiert ist.

Aufsuchende Arbeit

Aufsuchende Arbeit (z.B. in Form von Hausbesuchen) wird insbesondere für schwer erreichbare Personen und Zielgruppen als wichtige Möglichkeit im Massnahmenfeld erachtet. Die finanziellen, fachlichen und personellen Ressourcen der aufsuchenden Arbeit müssten jedoch noch gestärkt werden. Dafür wären teilweise rechtliche Schritte notwendig, sowie eine

verstärkte Zusammenarbeit zwischen Akteuren der Prävention und der Beratung / Behandlung. Das ist offenbar nicht immer ganz einfach – weil der politische Wille für Vorgaben und finanzielle Massnahmen fehlt und weil der Nutzen von Kooperation und Koordination nicht immer allen Akteuren evident ist.

Auffällig ist auch, wie stark die Hoffnung auf die Verbesserung der Situation durch eine verstärkte Nutzung aufsuchender Vorgehensweisen ist – sowohl bezüglich Prävention, Früherkennung und Beratung und Behandlung. Das betrifft selbstverständlich in erster Linie schwer erreichbare Zielgruppen. Die Erreichbarkeit der Zielgruppen ist aber nicht die gesamte Antwort – die verschiedenen Massnahmen sind dann mit den erreichten Zielgruppen auch zielgruppengerecht und wirkungsorientiert zu realisieren.

Angehörige

Den Angehörigen von Personen mit problematischem Alkoholkonsum ist in Zukunft verstärkt Beachtung zu schenken – auch deshalb, weil ein grosser Teil der Problemlast von ihnen getragen wird. Angehörige und ihre Erfahrungen sind nach Möglichkeit in die Überlegungen zur Gestaltung von Angeboten einzubeziehen, ihre Rolle ist besonders für den Zugang zu und die Nutzung von Angeboten zur Behandlung von problematischem Konsum zu berücksichtigen.

Koordination und Kooperation

Generell ist die nötige systematisierte lokale Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Bereichen innerhalb der Suchthilfe (Prävention, Früherkennung, Behandlung) sowie zwischen Suchthilfe und Altershilfe noch nicht gängige Praxis. Hier liegt noch ein grosses Potential, welches das Vermeiden von Doppelspurigkeiten, also Effizienz und ausserdem auch verbesserte Wirkung von Massnahmen verspricht. Dort wo Akteure sich innerhalb von Regionen bereits vernetzen, wo sie sich koordinieren und gut miteinander zusammenarbeiten, wo auch Handlungsfindungsprozesse gemeinsam definiert sind und wo Handlungsabläufe gemeinsam geklärt sind, scheinen gemäss den Erfahrungen der Befragten die Massnahmen zur Zufriedenheit der Akteure zu erfolgen.

Die Koordination und Kooperation von für den Bereich „problematischer Alkoholkonsum älterer Menschen“ relevanten Akteuren ist ein plausibles Anliegen. An Grenzen stösst es bisweilen darum, weil Akteure bisweilen auch in Konkurrenz zueinander stehen – in Konkurrenz um Klientel, um Finanzierungen, um Ansätze auch. Solche Konkurrenzsituationen sind zu identifizieren und, falls möglich, zu bearbeiten – nötigenfalls mit der Unterstützung Dritter (von Behörden beispielsweise).

5 Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Die im Folgenden aufgeführten Schlussfolgerungen und Empfehlungen sind Ableitungen der in den bisherigen Kapiteln dargestellten Problemlage und Good Practices.

Die folgenden Aspekte stehen im Vordergrund der weiteren Verbesserung der Reduktion (Prävention, Früherkennung, Beratung und Behandlung, Nachsorge) problematischen Alkoholkonsums:

Erreichbarkeit: Die zielgruppengerechte Planung und Durchführung von Massnahmen muss ein Daueranliegen sein. Zu den schwer- und schwersterreichbaren Personen gehören jene, die allein wohnen und wenig soziale Kontakte haben und die aufgrund von sprachlichen und anderen Voraussetzungen (z.B. tiefer sozioökonomischer Status, strukturelle Barrieren, Migration) nicht in den Kontakt mit Angeboten kommen.

Koordination und Kooperation: Die Zusammenarbeit aller Akteure (in einer Region) ist Voraussetzung für die Wirksamkeit von Massnahmen und den effizienten Einsatz von Mitteln. Die Schnittstellen zwischen Anbietern sind zu optimieren, um eine gute Zusammenarbeit zu ermöglichen. Dazu gehört auch die Zusammenarbeit zwischen Institutionen der Altershilfe und jenen der Suchthilfe.

Partizipative Ansätze: Interventionen zur Reduktion problematischen Alkoholkonsums sind mit den verschiedenen Akteuren zu planen und durchzuführen, einschliesslich der VertreterInnen der heterogenen Zielgruppen.

Organisationsentwicklung: Durch Personalschulungen, Definition von handlungsleitenden Richtlinien und Konzepten und durch Anpassung von Abläufen können Organisationen zur Qualität ihrer Massnahmen und zu ihrer verbesserten Wirkung beitragen. Gleichzeitig entlasten sie damit die einzelnen Mitarbeitenden, indem sie diesen in ambivalenten Situationen adäquate Entscheidungsgrundlagen zur Verfügung stellen.

Die folgenden Empfehlungen wurden anlässlich des Workshops vom August 2011 mit der ExpertInnengruppe diskutiert, was es erlaubte, sie zu präzisieren. Gegliedert sind die Empfehlungen nach verschiedenen Adressaten, den Gesundheitsbehörden (4.1), Gesundheitseinrichtungen (4.2) und spezialisierten Einrichtungen (4.3).

5.1 Empfehlungen an Gesundheitsbehörden

Empfehlung 01: Das Thema „problematischer Alkoholkonsum älterer Menschen“ ist in Gesundheitspolitiken zu integrieren.

Der Bund, die Kantone und (grosse) Kommunen thematisieren den problematischen Alkoholkonsum in ihren strategischen Planungen und unterstützen die Bestrebungen zur Umsetzung der vorgesehenen Massnahmen.

Empfehlung 02: Massnahmen zur Sensibilisierung für das Thema „problematischer Alkoholkonsum älterer Menschen“ sind zu unterstützen, notwendigenfalls zu initiieren.

Es besteht weiterhin ein Sensibilisierungsbedarf für das Thema „Alkoholkonsum im Alter“. Das gestärkte Bewusstsein um das Thema wird die Präventions-, Früherkennungs-, Beratungs- und Behandlungsmassnahmen unterstützen und den Zugang zu diesen Massnahmen erleichtern. Für die Durchführung oder die Veranlassung von Sensibilisierungsmassnahmen sprechen sich Gesundheitsbehörden idealerweise untereinander ab.

Empfehlung 03: Die Zugänglichkeit von Angeboten zur Prävention, Früherkennung, Beratung und Behandlung von problematischem Alkoholkonsum älterer Menschen sowie von Angeboten für ihre Angehörigen sind zu unterstützen.

Aufgrund von Vorgaben anlässlich der Unterstützung von Massnahmen und mittels Finanzierungsmechanismen sollen Gesundheitsbehörden dahingehend wirken, dass Anbieter der Zugänglichkeit von Massnahmen und ihrer Fähigkeit, heterogene Zielgruppen und ihre Angehörigen zu erreichen, besondere Beachtung schenken.

Empfehlung 04: Die Koordination und der Austausch zwischen Anbietern sind zu unterstützen.

Durch Vorgaben (bei der Mitfinanzierung von Dienstleistungen) und durch Anreize (zum Beispiel in Form von Einladungen zu Erfahrungsaustauschveranstaltungen oder Pilotprojekten) können Gesundheitsbehörden die verschiedenen Anbieter (der Prävention, Früherkennung, Behandlung) zusammenbringen, sowie die Koordination und den Austausch zwischen ihnen fördern. Koordination und (Erfahrungs-) Austausch sind notwendige Massnahmen zur Qualitätssicherung der Anstrengungen zur Reduktion problematischen Alkoholkonsums. Dabei ist zu beachten, dass insbesondere auch die Zusammenarbeit zwischen der Altershilfe und der Suchthilfe unterstützt wird.

Empfehlung 05: Die Rolle der aufsuchenden Arbeit für Prävention und Früherkennung problematischen Alkoholkonsums bei älteren Menschen ist zu stärken.

Möglichkeiten zur Stärkung der Rolle aufsuchender Vorgehensweisen haben Gesundheitsbehörden hauptsächlich in der Auftragserteilung an Akteure (beispielsweise durch eine Erweiterung des Pflichtenhefts von Organisationen, die bereits aufsuchend tätig sind) und nötigenfalls in der Schaffung geeigneter rechtlicher und anderer, einschliesslich finanzieller

Rahmenbedingungen. Besondere Beachtung ist dabei der Schnittstelle Prävention-Behandlung zu schenken.

Empfehlung 06: Für Schulungen im Bereich „problematischer Alkoholkonsum älterer Menschen“ sind Standards zu entwickeln, welche die Qualität der Wissensvermittlung zu garantieren vermögen.

Diese Standards müssen nicht notwendigerweise durch Gesundheitsbehörden selbst entwickelt werden, sondern können, beauftragt und unterstützt durch Gesundheitsbehörden und im Rahmen von Prozessen, welche Vernehmlassungen einschliessen, von spezialisierten Organisationen und Berufsverbänden definiert werden.

5.2 Empfehlungen an Gesundheitseinrichtungen (Kliniken, Arztpraxen, Alters- & Pflegeheime)

Empfehlung 07: Die Qualitätssicherung der Massnahmen im Bereich „problematischer Alkoholkonsum“ ist weiter zu entwickeln, u.a. durch Prozesse zur Organisationsentwicklung.

„Alkohol im Alter“ ist durch das jeweilige Management in den Organisation als wichtiges Thema zu setzen (top-down-Vorgehen). Mittels der Entwicklung von Konzepten und handlungsleitenden Richtlinien, mittels der Klärung von Handlungsabläufen sowie Schulungen des Personals soll die Einrichtung problematischen Alkoholkonsum erkennen und adäquat auf ihn reagieren können.

5.3 Empfehlungen an spezialisierte Einrichtungen (Suchtkliniken, Beratungsstellen etc.)

Empfehlung 07: Die Qualitätssicherung der Massnahmen im Bereich „problematischer Alkoholkonsum“ ist weiter zu entwickeln, u.a. durch Prozesse zur Organisationsentwicklung.

„Alkohol im Alter“ ist durch das jeweilige Management in den Organisation als wichtiges Thema zu setzen (top-down-Vorgehen). Mittels der Entwicklung von Konzepten und handlungsleitenden Richtlinien, mittels der Klärung von Handlungsabläufen sowie Schulungen des Personals soll die Einrichtung problematischen Alkoholkonsum erkennen und adäquat auf ihn reagieren können.

Empfehlung 08: Spezifische Angebote im Bereich „problematischer Alkoholkonsum im Alter“ sind weiterzuentwickeln.

Sowohl das Verhalten der Gesellschaft und der Individuen wie die Verhältnisse betreffende Massnahmen zur Prävention und Reduktion problematischen Alkoholkonsums sind aufgrund

der vorliegenden Erfahrungen weiterzuentwickeln. Ein Anliegen dabei soll der Einbezug von Akteuren sein, einschliesslich der Zielgruppen und ihrer Angehörigen.

Empfehlung 09: Der Zugang zu Angeboten im Bereich „problematischer Alkoholkonsum im Alter“ ist zielgruppenspezifisch zu sichern. Auch für Angehörige ist der Zugang Angeboten zu erleichtern.

Spezialisierte Angebote müssen noch stärker als bisher auf ihre Zugänglichkeit für spezifische Zielgruppen achten. Die Mehrsprachigkeit der Information über Angebote, möglicherweise auch der Angebote selbst, die Verbreitung von Informationen zu Angeboten dort, wo die – nach Geschlecht und Sprache sowie Zugehörigkeit zu einer Kohorte differenzierten – unterschiedlichen Zielgruppen sich am besten erreichen lassen, sind wichtige Teile entsprechender Massnahmen. Auch für die Angehörigen ist der Zugang zu Angeboten zu erleichtern, welche speziell für sie konzipiert sind (z.B. Angehörigengruppen).

Empfehlung 10: Die Koordination und Kooperation zwischen Anbietern von relevanten Dienstleistungen ist zu verbessern.

AnbieterInnen stehen zwar u.U. in Konkurrenz (beispielsweise um „KlientInnen“, um Unterstützung durch die öffentliche Hand) zueinander. Dennoch haben sie ein Interesse daran, einander und die Spezifität verschiedener Angebot zu kennen. Über die von Gesundheitsbehörden u.U. geförderten Koordinations- und Austauschmassnahmen hinaus können Akteure auch ohne den Anstoss der öffentlichen Hand Erfahrungen miteinander austauschen, ihre Angebote aufeinander abstimmen und hinsichtlich gegenseitiger Ergänzung gestalten.

Literaturverzeichnis

- Anderson, Peter, Emanuele Scafato, 2010: Alcohol and older people: a public health perspective. Vintage Project Report. www.epicentro.iss.it/vintage/outputs.asp
- Arbeitsgemeinschaft BASS, ZAHW, ISPM, M.I.S. TREND 2011: Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung (GMM) in der Schweiz. Schlussbericht. Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit und des Bundesamtes für Migration. Bern: BAG&BFM
- Babor, T., Caetano, R., Casswell, S., Edwards, G., Giesbrecht, N., Graham, K., et al. 2010: Alcohol: No ordinary commodity. Research and public policy. Oxford: Oxford University Press.
- Bundesamt für Gesundheit 2011: Alkoholkonsum in der Schweiz. Faktenblatt. Basierend auf der Schweizerischen Gesundheitsbefragung & der Auswertung von Sucht Info Schweiz.
- Bundesamt für Gesundheit s.a.: Alkohol im Alter.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V., Newsletter 4, 2011
- FIMM Schweiz 2011: Gesundheits- und Präventionsprojekt „Von MigrantInnen für MigrantInnen“. Schlussbericht. Bern: Forum für die Integration von MigrantInnen und Migranten. (www.fimm.ch)
- Hallgren, Mats, Pi Höberg und Sven Andréasson s.a.: Alcohol consumption among elderly European Union citizens. Health effects, consumption trends and related issues. Expert Conference on Alcohol and Health, 21-22 September 2009, Stockholm, Sweden.
- Haug, Severin 2011: Evaluation des Präventionsprojektes Gesundheit „Von MigrantInnen für MigrantInnen“. Zürich: Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung
- Health Canada 2002: Best Practices. Treatment and Rehabilitation for Seniors with Substance Use Problems. Ottawa (<http://dsp-psd.pwgsc.gc.ca/Collection/H46-2-03-295E.pdf>)
- Infanger P.: Suchtprobleme im Altersheim. *SuchtMagazin* 2009, 35 (3): 33-35-
- Moore AA, EJ Whiteman, KT Ward: Risks of combined alcohol / medication use in older adults. *Am J Geriatr Pharmacother* 2007, 5 (1): 64-67.
- Müller R.: Einstellungen zu Alkoholproblemen und zum Umgang mit ihnen in Altersheimen. www.suchtimalter.ch/files/pdfs/studien/Alkohol_im_Altersheim.pdf 2009
- Pfluger T., A. Biedermann, C. Salis Gross 2009: Transkulturelle Prävention und Gesundheitsförderung in der Schweiz: Grundlagen und Empfehlungen. www.transpraev.ch oder www.public-health-services.ch/attachments/content/transpraevventionsberichtpdf.ch. Public Health Services. Herzogenbuchsee.
- Scafato, Emanuele 2010: Alcohol and the elderly: the time to act is now! *Eur J Public Health*, 20 (6), p. 617
- Scafato, Emanuele s.a.: VINTAGE project. Best practices for prevention of alcohol-related harm in the elderly in the EU.
- Schäufele, M.: Riskanter Alkoholkonsum im höheren Alter: Häufigkeit und Folgen – ein Überblick, *Sucht* 2010, 55 (5): 266-280.

- Schäufele, M., S. Weyerer, I. Hendlmeier, L. Köhler: Alkoholbezogene Störungen bei Menschen in Einrichtungen der stationären Altershilfe: eine bundesweite repräsentative Studie. *Sucht* 2010, 55 (5): 292-302.
- Schnoz, Domenic, Salis Gross Corina, Grubenmann, Damian, Uchtenhagen, Ambros: Alter und Sucht. Recherche und Dokumentation zu evaluierten Interventionen. Im Auftrag der Zürcher Fachstelle zur Prävention des Alkohol- und Medikamenten-Missbrauchs (ZüFAM). Forschungsbericht aus dem Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung, Zürich. Oktober 2006, Bericht Nr. 0221.
- Schweizerische Fachstelle für Alkoholprobleme (SFA) 2009: Zusammenfassende Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2007, 2002, 1997 und 1992 hinsichtlich des Konsums von Tabak, Alkohol, Medikamenten und illegalen Drogen. Tabellenbericht zuhanden des Bundesamtes für Gesundheit. Lausanne.
- Segura, Lidia, Jorge Palacio Vieira, Joan Colom und Emanuele Scafato s.a.: Best practices on preventing the harmful use of alcohol amongst older people, including the transition from work to retirement. VINTAGE project – WP5 Report. www.epicentro.iss.it/vintage/outputs.asp
- Soom Amman, Eva und Corina Salis Gross 2011: Alt und schwer erreichbar. „Best Practice Gesundheitsförderung im Alter“ bei benachteiligten Gruppen. Akademische Verlagsgemeinschaft München.
- Stadtärztlicher Dienst Zürich: Intercura, Ausgabe Sonderheft, 2011, Seite 47ff
- Steiger, B. www.suchtimalter.ch. *SuchtMagazin* 2010, 36 (3): 41.
- Sucht Info Schweiz 2011: Auswertung der Gesundheitsbefragung Schweiz 2007 hinsichtlich Alkohol und Alter. (Excel Tabelle, nicht publiziert)
- Sucht Info Schweiz und ZÜFAM 2010: Alkohol beim Älterwerden. Informationen für Personen ab 60 Jahren.
- Sucht Info Schweiz und ZÜFAM 2010: Alkohol und Medikamente beim Älterwerden. Informationen für Personen ab 60 Jahren und ihr Umfeld.
- von Lengerke T, Manz R 2007: Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung: Klassifikationen und eine dimensionale Systematik. In: von Lengerke T. (Ed.) Public Health Psychologie: Individuum und Bevölkerung zwischen Verhältnissen und Verhalten. Weinheim: Juventa S.19-31.
- Weyerer, S.: Riskanter Alkoholkonsum im höheren Lebensalter. *Sucht* 2010, 55 (5): 262-265.
- World Health Organization (WHO) 2000: International guide for monitoring alcohol consumption and related harm. Geneva: Department of Mental Health and Substance Dependence, Noncommunicable Diseases and Mental Health Cluster
- World Health Organization (WHO) 2010: European Status Report on Alcohol and Health 2010. www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/128065/e94533.pdf
- World Health Organization (WHO) 2011: Global status report on alcohol and health. www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/msbgsruprofiles.pdf
- Wintsch, D.: Prävention im Alter: Was können Gemeinden und Behörden tun? *SuchtMagazin* 2010, 36 (3): 20-27.

- Zürcher Fachstelle zur Prävention des Alkohol- und Medikamenten-Missbrauchs 2007: Sucht im Alter.
Eine Präventionsbroschüre für Pflege-, Betreuungs- und Beratungsfachleute mit Kontakt zu älteren Menschen.
- Zürcher Fachstelle zur Prävention des Alkohol- und Medikamenten-Missbrauchs (o.J.): Die relevanten Abklärungsinstrumente für Alkohol-, Tabak- und Medikamentenabhängigkeit in Bezug auf das Thema „Sucht im Alter“.

Beilagen

- Beilage 1: ExpertInnengruppe
- Beilage 2: Frageraster
- Beilage 3: Sample
- Beilage 4: Zusammenstellung Good Practices

Beilage 1: ExpertInnengruppe

Form der Teilnahme	Datum, Ort	Institution	Name
Vorbereitungs-WS	16.02.2011, Zürich 2	Spitex Zürich Limmat FISP Fachstelle für interkulturelle Suchtprävention und Gesundheitsförderung, Zürich	L. Schober J. Oggier
Vorbereitung-WS	21.02.2011, Zürich 1	Forel-Klinik IPW Integrierte Psychiatrie Winterthur Luzerner Psychiatrie Fachverband Sucht, Verband der Deutschschweizer Suchtfachleute	Dr. M. Ridinger Dr. B. Ruhwinkel Dr. M. Reichert Ch. Kläusler-Senn
Vorbereitungs-WS	22.02.2011, Luzern	SoBZ, Sozialberatungszentren im Kanton Luzern Kanton Luzern, Suchtbeauftragter	B. Waldis H. Wyssling
Vorbereitungs-WS	23.02.2011, Bern	ags, Aargauische Stiftung Suchthilfe Curaviva Berner Gesundheit, Stiftung für Gesundheitsförderung und Suchtfragen Infodrog MUSUB, Multikulturelle Suchtberatungsstelle beider Basel; und BK, Blaues Kreuz Baselland Sucht Info Schweiz SBK Schweizerischer Berufs-	T. Mezzera Ch. Schmid R. Rihs R. Hälg D. Huber S. Dobler J. Glur

Workshop national, Diskussion Good Practices und Empfehlungen 18. August, Zürich

verband der Pflegefachfrauen
und Pflegefachmänner; und
Alterszentrum Hochweid

Luzerner Psychiatrie	Dr. M. Reichert
ZüFAM, Zürcher Fachstelle zur Prävention des Alkohol- und Medikamenten-Missbrauchs	B. Steiger
Blaues Kreuz, Langenthal	M. Sigrist
ZFA, Zürcher Fachstelle für Al- koholprobleme	D.E. Mühlemann
FOSUMOS, Forum Suchtmedi- zin Ostschweiz	R. Mäder
ags, Aargauische Stiftung Suchthilfe	T. Mezzera
Berner Gesundheit	R. Rihs
Curaviva	Ch. Schmid
Fachverband Sucht	R. Blättler
SAMOWAR, Suchtpräventions- stelle für den Bezirk Horgen	E. Frey
Infodrog	R. Hälg
Kanton Zug, Gesundheitsamt	M. Meyer
Forel-Klinik	Dr. M. Ridinger
Psychiatrische Dienste Thurgau	PD Dr. B. Ibach
Blaues Kreuz, Kantonalverband Zürich	D. Büchi
LVT, Walliser Liga gegen die Suchtgefahren	A. Clerc-Berod

Beilage 2: Frageraster

Hier wird das Frageraster wiedergegeben, welches die Befragung von Fachpersonen strukturierte. Das nicht in die Beilage eingefügte Frageraster für Angehörige stimmt mit dem erstgenannten überein – mit Ausnahme der Fragen zu Angaben zur befragten Person, den Fragen 13, 16, 25-31 sowie 41-46, welche den Angehörigen nicht gestellt wurden. Die folgenden Fragen wurden nur an Angehörige von älteren Personen mit problematischem Alkoholkonsum gestellt:

23. Inwiefern entstehen Ihnen innerhalb Ihrer Betreuung zusätzliche Belastungen durch den problematischen Alkoholkonsum des Angehörigen / der Angehörigen?
30. Welche Instrumente wären für Sie für den Umgang mit älteren Personen mit problematischem Alkoholkonsum sinnvoll?
 - Screeninginstrumente – Checkliste zur Abklärung problematischen Konsums
 - Schulung zur Durchführung von Kurzinterventionen
 - Schulungen zur Durchführung längerfristiger Begleitungen:
 - Sonstiges:
31. Besteht für Sie ein Bedarf an folgenden Instrumenten oder Methoden für den Umgang mit älteren Personen mit problematischem Alkoholkonsum?
 - Schulungsmassnahmen
 - Leitfäden
 - Bedarf an Möglichkeiten zum Austausch mit anderen betroffenen Angehörigen
 - Bedarf an Möglichkeiten zum Austausch mit Fachpersonen
32. Welche Unterstützungsangebote wären für Sie hilfreich?

Befragung Fachpersonen
„Erfolgversprechende Massnahmen zur Reduktion des problematischen Alkoholkonsums bei älteren Menschen in der Schweiz“

Vorbemerkung: Die Angaben werden vertraulich behandelt und für die Verarbeitung anonymisiert.

Allgemeine Angaben zur befragten Person und Einrichtung

1. ID :

2. Sind Sie...?

Männlich ...1

Weiblich ...2

3. Wie alt sind Sie?

..Jahre

4. Was für eine **Berufsbildung** haben Sie (z.B. SozialarbeiterIn)?

5. Welche **berufliche Stellung** nehmen Sie ein (z.B. LeiterIn des ambulanten Pflegedienstes Winterthur)?

6. **Zu welcher Berufs-Kategorie gehören Sie** (nur Hauptkategorie)?

Hausarztmedizin / Somatomedizin / Geriatrie	
MitarbeiterIn Psychiatrie	
MitarbeiterIn von Alters- und Pflegeheimen	
MitarbeiterIn ambulanter Pflegedienste	
MitarbeiterIn von stationären Einrichtungen der Suchtbehandlung / SuchtmedizinerIn	
MitarbeiterIn von Seniorenorganisationen	
MitarbeiterIn von Suchtberatungsstellen	
Sonstiges	

Sonstiges, bitte angeben:

7. Welches ist der **Name Ihrer Institution**?

8. **Welchen Prozentsatz** macht die **jeweilige Altersgruppe** an der Gruppe aller über 65-Jährigen aus?

65-70 Jahre: ca. %

70-80 Jahre: ca. %

Über 80 Jahre: ca. %

Ergänzende Angaben

9. Wie hoch schätzen Sie den **Prozentsatz männlicher und weiblicher SeniorInnen**?

Männlich ca. %

Weiblich ca. %

Ergänzende Angaben

10. **Welchen Anteil** haben **sozioökonomisch benachteiligte SeniorInnen** (niedrige Bildung, tiefer Berufsstatus, niedriges Einkommen/Vermögen) **innerhalb Ihrer Zielgruppe**?

Sozioökonomisch Benachteiligte: ca. %

Ergänzende Angaben

11. Welchen **Anteil** haben **SeniorInnen mit Migrationshintergrund** (selber in die Schweiz migriert) **innerhalb Ihrer Zielgruppe**?

Migrationshintergrund: ca. %

Ergänzende Angaben

Wahrgenommene Problemlast

Problematischer Alkoholkonsum umfasst das Rauschtrinken (episodischer Risikokonsum), den chronischen Risikokonsum und das situationsunangepasste Trinken. Während das Rauschtrinken vor allem in jüngeren Altersgruppen verbreitet ist, steigt der chronische Risikokonsum bis zum Alter von 55 Jahren kontinuierlich an. Er erreicht bei den 55-64-Jährigen anteilmässig seinen Höchststand und sinkt ab dem ordentlichen Rentenalter nur noch leicht ab. Für die ab 55-Jährigen, die in der Regel noch voll im Erwerbsleben stehen, ist chronischer Alkoholkonsum oft mit Leistungsstörungen verschiedener Art verbunden und gefährdet mitunter den Verbleib der Betroffenen im Arbeitsprozess. Im Ruhestand erhöht chronischer Alkoholkonsum nachweislich die Sturz- und Unfallgefahr. Zuweilen hat er fatale Auswirkungen auf den psychischen und physischen Gesundheitszustand der älteren Menschen und insbesondere auf die Dauer ihrer Selbstständigkeit. Zudem geht im Alter chronischer Alkoholkonsum nicht selten mit situationsunangepasstem Trinken einher, da die altersbedingten Umstände Alkohol nur noch höchst zurückhaltend oder gar nicht mehr zulassen.

Die Grenzwerte liegen gemäss WHO bei 20 g reinen Alkohols pro Tag für Frauen bzw. 40 g pro Tag für Männer (zwei bzw. vier Standardgläsern). Im Alter reagiert der Körper, auf Grund des reduzierten Wasseranteils empfindlicher auf Alkohol und entfaltet daher eine stärkere Wirkung. Aus diesem Grund sind sich Fachleute einig, dass die Grenzwerte für ältere Menschen entsprechend zu relativieren sind.

12. Wie häufig werden Sie bei Ihrer Arbeit mit Älteren mit problematischem Alkoholkonsum konfrontiert?

Nie	
Selten	
Manchmal	
Häufig	
Immer	
Weiss nicht	
Keine Angabe	

Ergänzende Angaben

13. Gibt es Unterschiede hinsichtlich der Häufigkeit problematischen Alkoholkonsums zwischen Männern und Frauen?

Ja ___ 1
Nein ___ 2

Weiss nicht ___ 111
Keine Angabe ___

Bemerkungen:

Spezifitäten Männer:

Spezifitäten Frauen:

14. Anhand welcher Anzeichen erkennen Sie in der Regel problematischen Alkoholkonsum bei älteren Menschen?

Probing:

- Verwahrlosung
- Demenz
- Betrunkenheit
- Gewalttätig, aggressiv

Gibt es dabei **Unterschiede zwischen Männern und Frauen?**

Ja ___ 1
Nein ___ 2

Weiss nicht ___ 111
Keine Angabe ___

Bemerkungen:

Spezifitäten Männer:

Spezifitäten Frauen:

15. **Wie häufig geht der problematische Alkoholkonsum bei ihren älteren KlientInnen aus Ihrer Sicht mit anderen Substanzen einher?**

a) Schlaf- Beruhigungsmittel (Benzo)

Nie	
Selten	
Manchmal	
Häufig	
Immer	
Weiss nicht	
Keine Angabe	

b) Schmerzmittel (Opiate)

Nie	
Selten	
Manchmal	
Häufig	
Immer	
Weiss nicht	
Keine Angabe	

c) Schmerzmittel (nicht Opiat haltige)

Nie	
Selten	
Manchmal	
Häufig	
Immer	
Weiss nicht	
Keine Angabe	

d) Tabak

Nie	
Selten	
Manchmal	
Häufig	
Immer	
Weiss nicht	
Keine Angabe	

e) Cannabis

Nie	
Selten	
Manchmal	
Häufig	
Immer	
Weiss nicht	
Keine Angabe	

f) Kokain

Nie	
Selten	
Manchmal	
Häufig	
Immer	
Weiss nicht	
Keine Angabe	

g) Opiate (Morphin, Heroin, Codein, Methadon)

Nie	
Selten	
Manchmal	
Häufig	
Immer	
Weiss nicht	
Keine Angabe	

h) Andere

Nie	
Selten	
Manchmal	
Häufig	
Immer	
Weiss nicht	
Keine Angabe	

Welche

16. **Wie oft** liegt eine **zusätzliche psychiatrische Diagnose** (z.B. Demenz) vor?

Nie	
Selten	
Manchmal	
Häufig	
Immer	
Weiss nicht	
Keine Angabe	

Gibt es dabei **Unterschiede zwischen Männern und Frauen?**

Ja __ 1
Nein __ 2

Weiss nicht __ 111
Keine Angabe __

Bemerkungen:

Spezifitäten Männer:

Spezifitäten Frauen:

17. **Wie oft** liegen die **folgenden Symptome einer Alkoholabhängigkeit nach ICD-10 F10 (F10.2) bei den Betroffenen** vor?

a) **Starker Wunsch oder Zwang**, Alkohol zu konsumieren (**Craving**)

Nie	
Selten	
Manchmal	
Häufig	
Immer	
Weiss nicht	
Keine Angabe	

b) **Verminderte Kontrollfähigkeit** in Bezug auf Menge, Beginn oder Ende des Konsums

Nie	
Selten	
Manchmal	
Häufig	
Immer	
Weiss nicht	
Keine Angabe	

- c) **Körperliche Entzugserscheinungen** bei Konsumstopp oder Konsumreduktion

Nie	
Selten	
Manchmal	
Häufig	
Immer	
Weiss nicht	
Keine Angabe	

- d) Nachweis einer **Toleranz**

Nie	
Selten	
Manchmal	
Häufig	
Immer	
Weiss nicht	
Keine Angabe	

- e) **Fortschreitende Vernachlässigung anderer Interessen** zugunsten des Alkoholkonsums

Nie	
Selten	
Manchmal	
Häufig	
Immer	
Weiss nicht	
Keine Angabe	

- f) **Anhaltender Substanzkonsum trotz** Nachweises eindeutiger **schädlicher Folgen**

Nie	
Selten	
Manchmal	
Häufig	
Immer	
Weiss nicht	
Keine Angabe	

18. **Wie oft** handelt es sich dabei nach Ihrer Einschätzung um **Altersalkoholabhängigkeit**?

- a) **Early onset drinkers (alt gewordene Alkoholiker)**

Nie	
Selten	
Manchmal	
Häufig	
Immer	
Weiss nicht	
Keine Angabe	

- b) **Gab es Auslöser (Entgleisung, Dekompensation), welche zu einer Verschlechterung der Situation führten?**

- c) **Late onset drinkers (Späte Problemmanifestation)**

Nie	
Selten	
Manchmal	
Häufig	
Immer	
Weiss nicht	
Keine Angabe	

d) Was waren die Gründe/Ursachen, die dazu geführt haben? (evtl. SES-Aspekte)

Probing zu den **Gründen/Ursachen**:

- Mangelnde Tagesstruktur
- Erwerbslosigkeit
- Sinn-Haftigkeit (Verlust von Lebenssinn)
- Erkrankungen (Gebrechen/Diagnosen)
- Heimeintritt
- Nicht mehr aktiv sein können
- Stress
- Überforderung

19. Wie bewerten Sie folgende Lebensbereiche bei Älteren mit problematischem Alkoholkonsum im Vergleich zu Älteren ohne problematischen Alkoholkonsum?

a) Gesundheitszustand psychisch

Viel schlechter	
Etwas schlechter	
Ähnlich	
Etwas besser	
Viel besser	
Weiss nicht	
Keine Angabe	

b) Gesundheitszustand körperlich

Viel schlechter	
Etwas schlechter	
Ähnlich	
Etwas besser	
Viel besser	
Weiss nicht	
Keine Angabe	

c) Soziale Beziehungen

Viel schlechter	
Etwas schlechter	
Ähnlich	
Etwas besser	
Viel besser	
Weiss nicht	
Keine Angabe	

d) Qualität der Freizeitbeschäftigung

Viel schlechter	
Etwas schlechter	
Ähnlich	
Etwas besser	
Viel besser	
Weiss nicht	
Keine Angabe	

Gibt es dabei **Unterschiede** zwischen **Männern** und **Frauen**?

Ja__ 1
Nein__ 2

Weiss nicht __111
Keine Angabe __

Bemerkungen:

Welche spezifischen Ressourcen (erfolgsversprechende Ansatzpunkte) haben Männer:

Welche spezifischen Ressourcen (erfolgsversprechende Ansatzpunkte) haben Frauen:

20. Wie schätzen Sie die **Motivation** Älterer mit problematischem Alkoholkonsum **zur Verhaltensänderung** ein?

Sehr gering	
Eher gering	
Eher hoch	
Sehr hoch	
Weiss nicht	
Keine Angabe	

Gibt es dabei **Unterschiede zwischen Männern und Frauen?**

Ja __ 1

Weiss nicht __111

Nein __ 2

Keine Angabe __

Bemerkungen:

Spezifitäten Männer:

Spezifitäten Frauen:

21. Über **welche Wege** besorgen **Ältere** mit problematischem Alkoholkonsum **ihre alkoholischen Getränke überwiegend?**

a) Selbst

Nie	
Selten	
Manchmal	
Häufig	
Immer	
Weiss nicht	
Keine Angabe	

b) Über Angehörige

Nie	
Selten	
Manchmal	
Häufig	
Immer	
Weiss nicht	
Keine Angabe	

c) Über Pflegepersonen/Betreuer

Nie	
Selten	
Manchmal	
Häufig	
Immer	
Weiss nicht	
Keine Angabe	

d) Mitbewohner

Nie	
Selten	
Manchmal	
Häufig	
Immer	
Weiss nicht	
Keine Angabe	

e) Cafeteria/Kantine (intern)

Nie	
Selten	
Manchmal	
Häufig	

Immer	
Weiss nicht	
Keine Angabe	

f) Restaurants/Gastronomie in der Öffentlichkeit (extern)

Nie	
Selten	
Manchmal	
Häufig	
Immer	
Weiss nicht	
Keine Angabe	

g) Telefonisch/Internet/Taxi

Nie	
Selten	
Manchmal	
Häufig	
Immer	
Weiss nicht	
Keine Angabe	

Sonstige Wege, welche?

Gibt es dabei **Unterschiede zwischen Männern und Frauen?**

Ja __ 1

Weiss nicht __111

Nein __ 2

Keine Angabe __

Bemerkungen:

Spezifitäten Männer:

Spezifitäten Frauen:

22. **In welchen Situationen konsumieren Ältere mit problematischem Alkoholkonsum ihre alkoholischen Getränke überwiegend?**

a) Zu Hause – alleine

Nie	
Selten	
Manchmal	
Häufig	
Immer	
Weiss nicht	
Keine Angabe	

b) Zu Hause – zusammen mit anderen

Nie	
Selten	
Manchmal	
Häufig	
Immer	
Weiss nicht	
Keine Angabe	

c) In der Gastronomie

Nie	
Selten	
Manchmal	
Häufig	
Immer	
Weiss nicht	
Keine Angabe	

d) Bei Freunden/Bekannten

Nie	
Selten	
Manchmal	
Häufig	
Immer	
Weiss nicht	
Keine Angabe	

e) Sonstige Situationen

Nie	
Selten	
Manchmal	
Häufig	
Immer	
Weiss nicht	
Keine Angabe	

Sonstige Situationen, **in welchen?**

Gibt es dabei **Unterschiede** zwischen **Männern** und **Frauen**?

Ja__ 1

Nein_ 2

Weiss nicht__111

Keine Angabe _____

Bemerkungen:

Spezifitäten Männer:

Spezifitäten Frauen:

23. Wie häufig verheimlichen Ältere mit problematischem Alkoholkonsum Ihren Alkoholkonsum?

Nie	
Selten	
Manchmal	
Häufig	
Immer	
Weiss nicht	
Keine Angabe	

Gibt es dabei **Unterschiede zwischen Männern und Frauen?**

Ja__ 1

Nein	2
------	---

Weiss nicht__111

Keine Angabe _____

Bemerkungen:

Spezifitäten Männer:

Spezifitäten Frauen:

Einstellung und Verhalten

24. Im Folgenden geht es um Ihre persönliche Meinung: Finden Sie die folgenden Aussagen für sich persönlich zutreffend?

- a) Massnahmen zur Vorbeugung von problematischem Alkoholkonsum sind auch bei Älteren sinnvoll und in meiner Institution/Berufsgruppe durchführbar.

Ja__ 1
Nein__ 2

Weiss nicht __111
Keine Angabe __

- Möglichkeiten:
- Grenzen:

- b) Massnahmen zur Behandlung von problematischem Alkoholkonsum sind auch bei Älteren sinnvoll und in meiner Institution/Berufsgruppe durchführbar.

Ja__ 1
Nein__ 2

Weiss nicht __111
Keine Angabe __

- Möglichkeiten:
- Grenzen:

25. Im Folgenden geht es um die Meinung innerhalb Ihrer Berufsgruppe: Werden die folgenden Aussagen innerhalb Ihrer Berufsgruppe diskutiert?

- a) Massnahmen zur Vorbeugung von problematischem Alkoholkonsum sind auch bei Älteren sinnvoll und durchführbar.

Ja__ 1
Nein__ 2

Weiss nicht __111
Keine Angabe __

- Möglichkeiten:
- Grenzen:

- b) Massnahmen zur Behandlung von problematischem Alkoholkonsum sind auch bei Älteren sinnvoll und durchführbar.

Ja__ 1
Nein__ 2

Weiss nicht __111
Keine Angabe __

- Möglichkeiten:
- Grenzen:

26. Inwiefern wird das Dilemma zwischen dem „Respekt vor der Selbstbestimmung der Betroffenen und der Notwendigkeit einer Intervention“ in Ihrer Berufsgruppe/Organisation diskutiert oder geregelt?

Bitte machen Sie nähere Angaben zu den entsprechenden Vorgehensweisen in Ihrer Berufsgruppe/Organisation (Probing):

- a) Individuell:
- b) Durch Leitlinien:
- c) Durch Haltungsfindungsprozesse:
- d) Durch Weiterbildungen:

Ergänzende Angaben

27. Inwiefern wird das Konzept des „Kontrollierten Trinkens“ (dies heisst, den eigenen Alkoholkonsum nach einem zuvor festgelegten Trinkplan und nach bestimmten Regeln auszurichten) in Ihrer Berufsgruppe/Institution/Organisation bekannt, geschult, praktiziert, diskutiert und wie wird es bewertet?

a) **Elemente der Diskussion:**

b) **Wie wird das Konzept bewertet?**

Sehr positiv	
Eher positiv	
Eher negativ	
Sehr negativ	
Weiss nicht	
Keine Angabe	

Ergänzende Angaben

28. **Wie verhalten Sie sich, resp. welche Abläufe leiten Sie ein, wenn Sie bei Älteren problematischen Alkoholkonsum feststellen?**

Beschreibung eines Ablaufs:

Probing:

Leiten Sie die folgenden Abläufe ein?

- Wird eine **Intervention** durchgeführt?
- Werden **Dienste intern** involviert?
- Werden **externe Dienste** involviert?
- Werden **Fachstellen** involviert?
- Werden **ÄrztInnen** involviert?
- Erfolgt ein **Kontakt mit Angehörigen**?
- Werden **Angehörige beraten und unterstützt**?

Ergänzende Angaben

29. **Welche Richtlinien zum Umgang mit und Verhalten gegenüber Älteren mit problematischem Alkoholkonsum gibt es innerhalb Ihrer Berufsgruppe oder Organisation?**

30. Sind **Richtlinien/Handlungskonzepte** in Ihrer Berufsgruppe/Institution/Organisation **verankert**?

Ja ___ 1
Nein ___ 2
In Planung ___ 3

Weiss nicht ___ 111
Keine Angabe ___ 999

Ergänzende Angaben

31. **Was beinhalten diese Richtlinien?**

Probing:

- Abläufe
- Strategien
- Systematisierung
- Handlungskonzept)

Ergänzende Angaben

32. Wie sind ihre **Erfahrungen** bei Durchführung von konkreten Massnahmen zur Reduktion problematischen Alkoholkonsums bei Älteren?

a) **Erfahrungen bei Einsatz eines Screenings der alkoholbezogenen Problematik anhand einer Checkliste:** (Von wem werden diese durchgeführt?)

- **Wie bewerten Sie** diese Massnahme?

Sehr positiv	
Eher positiv	
Eher negativ	
Sehr negativ	
Weiss nicht	

Keine Angabe	
--------------	--

b) Erfahrungen bei der **Durchführung einer Kurzintervention:**

- **Wie bewerten Sie** diese Massnahme?

Sehr positiv	
Eher positiv	
Eher negativ	
Sehr negativ	
Weiss nicht	
Keine Angabe	

c) Erfahrungen bei der **Durchführung einer Kurzberatung:**

- **Wie bewerten Sie** diese Massnahme?

Sehr positiv	
Eher positiv	
Eher negativ	
Sehr negativ	
Weiss nicht	
Keine Angabe	

d) Erfahrungen bei der **Durchführung einer längerfristigen Beratung:**

- **Wie bewerten Sie** diese Massnahme?

Sehr positiv	
Eher positiv	
Eher negativ	
Sehr negativ	
Weiss nicht	
Keine Angabe	

e) Erfahrungen bei der **Durchführung von altersspezifischen Angeboten:**

- **Wie bewerten Sie** diese Massnahme?

Sehr positiv	
Eher positiv	
Eher negativ	
Sehr negativ	
Weiss nicht	
Keine Angabe	

f) Erfahrungen **im Allgemeinen:**

33. **Inwiefern erschweren allfällige Barrieren die Durchführung** von konkreten Massnahmen zur Reduktion problematischen Alkoholkonsums innerhalb Ihrer Tätigkeit?

Probing:

- Zeitliche Restriktionen
- Finanzielle Restriktionen (fehlende Bezahlung):
- Mangelnde Fachkenntnisse
- Mangelnde Ablaufregelungen
- Unsicherheiten im Hinblick auf das Gespräch
- Mangelnde Motivation der Zielpersonen
- Widerstand der Betroffenen

Sonstiges:

Vorhandene Hilfeangebote und Bedarf nach Hilfeangeboten

34. Wie sind Ihre **Kenntnisse zum Erkennen** von Alkoholproblemen bei Älteren?

Sehr gut	
Gut	
Befriedigend	
Ausreichend	
Ungenügend	
Weiss nicht	
Keine Angabe	

35. Wie ist Ihr **Know-How zur Behandlung** von Alkoholproblemen bei Älteren?

Sehr gut	
Gut	
Befriedigend	
Ausreichend	
Ungenügend	
Weiss nicht	
Keine Angabe	

36. Welche **Screeninginstrumente** zur Abklärung problematischen Alkoholkonsums bei Älteren kennen Sie?

Kennen Sie die folgenden Screeninginstrumente?

Probing:

a) **CAGE (Alter)**

Ja ___ 1
Nein ___ 2

Weiss nicht ___ 111
Keine Angabe ___ 999

b) **MAST-G**

Ja ___ 1
Nein ___ 2

Weiss nicht ___ 111
Keine Angabe ___ 999

c) **AUDIT (AUDIT-C)**

Ja ___ 1
Nein ___ 2

Weiss nicht ___ 111
Keine Angabe ___ 999

d) **GAST**

Ja ___ 1
Nein ___ 2

Weiss nicht ___ 111
Keine Angabe ___ 999

e) **MALT**

Ja ___ 1
Nein ___ 2

Weiss nicht ___ 111
Keine Angabe ___ 999

f) **Pflegediagnosen Sucht Spitex**

Ja ___ 1
Nein ___ 2

Weiss nicht ___ 111
Keine Angabe ___ 999

g) **Beobachtungsbogen Morell/Burri**

Ja ___ 1
Nein ___ 2

Weiss nicht ___ 111
Keine Angabe ___ 999

h) **Andere**

Ja ___ 1
Nein ___ 2

Weiss nicht ___ 111
Keine Angabe ___ 999

Wenn andere, **welche?**

37. Welche **Screeninginstrumente** zur Abklärung problematischen Alkoholkonsums bei Älteren haben Sie **schon einmal eingesetzt**? Schildern Sie auch ihre Erfahrungen damit.

a) **CAGE (Alter):**

Ja ___ 1
Nein ___ 2

Weiss nicht ___ 111
Keine Angabe ___ 999

Erfahrungen:

b) **MAST-G:**

Ja ___ 1
Nein ___ 2

Weiss nicht ___ 111
Keine Angabe ___ 999

Erfahrungen:

c) **AUDIT (AUDIT-C):**

Ja ___ 1
Nein ___ 2

Weiss nicht ___ 111
Keine Angabe ___ 999

Erfahrungen:

d) **GAST:**

Ja ___ 1
Nein ___ 2

Weiss nicht ___ 111
Keine Angabe ___ 999

Erfahrungen:

e) **MALT:**

Ja ___ 1
Nein ___ 2

Weiss nicht ___ 111
Keine Angabe ___ 999

Erfahrungen:

f) **Pflegediagnosen Sucht Spitex:**

Ja ___ 1
Nein ___ 2

Weiss nicht ___ 111
Keine Angabe ___ 999

Erfahrungen:

g) **Beobachtungsbogen Morell/Burri:**

Ja ___ 1
Nein ___ 2

Weiss nicht ___ 111
Keine Angabe ___ 999

Erfahrungen:

h) **Andere:**

Ja ___ 1
Nein ___ 2

Weiss nicht ___ 111
Keine Angabe ___ 999

Erfahrungen:

38. Welche **spezifischen Beratungs- und Behandlungsansätze** zur Behandlung von problematischem Alkoholkonsum bei Älteren **kennen Sie**?

a) Im Bereich **Kurzinterventionen**:

b) Im Bereich **Pharmakologische Behandlung**:

c) Im Bereich **ambulante Behandlung**:

d) Im Bereich **stationäre Behandlung**:

e) Im Bereich der **aufsuchenden Arbeit**:

f) **Andere**:

39. Haben Sie **schon einmal spezifische Beratungs- und Behandlungsansätze** zur Behandlung problematischen Alkoholkonsums bei Älteren **eingesetzt**? Schildern Sie auch ihre Erfahrungen damit.

a) Kurzinterventionen:

Ja ___ 1
Nein ___ 2

Weiss nicht ___ 111
Keine Angabe ___ 999

Erfahrungen:

b) Pharmakologische Behandlung:

Ja ___ 1
Nein ___ 2

Weiss nicht ___ 111
Keine Angabe ___ 999

Erfahrungen:

c) Ambulante Behandlung:

Ja ___ 1
Nein ___ 2

Weiss nicht ___ 111
Keine Angabe ___ 999

Erfahrungen:

d) Stationäre Behandlung:

Ja ___ 1
Nein ___ 2

Weiss nicht ___ 111
Keine Angabe ___ 999

Erfahrungen:

e) Aufsuchende Arbeit:

Ja ___ 1
Nein ___ 2

Weiss nicht ___ 111
Keine Angabe ___ 999

Erfahrungen:

f) Andere:

Ja ___ 1
Nein ___ 2

Weiss nicht ___ 111
Keine Angabe ___ 999

Erfahrungen:

40. **Welche Instrumente** wären für Ihre Berufsgruppe für den Umgang mit Älteren mit problematischem Alkoholkonsum **sinnvoll**?

a) Screeninginstrumente – Checkliste zur Abklärung problematischen Konsums

Ja ___ 1
Nein ___ 2

Weiss nicht ___ 111
Keine Angabe ___ 999

b) Klare Ablaufregelungen in der Institution/Organisation/Berufsgruppe

Ja ___ 1
Nein ___ 2

Weiss nicht ___ 111
Keine Angabe ___ 999

c) Handlungsfindungsprozesse in der Institution/Organisation/ Berufsgruppe

Ja ___ 1
Nein ___ 2

Weiss nicht ___ 111
Keine Angabe ___ 999

d) Schulung zur Durchführung von Kurzberatungen

Ja ___ 1
Nein ___ 2

Weiss nicht ___ 111
Keine Angabe ___ 999

e) Schulung zur Durchführung von Kurzinterventionen

Ja ___ 1
Nein ___ 2

Weiss nicht ___ 111
Keine Angabe ___ 999

f) Schulung zur Durchführung längerfristiger Beratungen

Ja ___ 1
Nein ___ 2

Weiss nicht ___ 111
Keine Angabe ___ 999

g) Schulung in aufsuchender Arbeit

Ja ___ 1
Nein ___ 2

Weiss nicht ___ 111
Keine Angabe ___ 999

Sonstiges:

41. Welche **verhältnisbasierten**, d.h. die Umwelt betreffende **Massnahmen** (z.B. bauliche Veränderungen, Restriktion des Zugangs zu Alkohol), **zur Prävention oder Behandlung** von problematischem Alkoholkonsum bei Älteren **setzen Sie oder die Entscheidungsträger in Ihrer Institution/Organisation/ Berufsgruppe ein?**

42. **Besteht** aus Ihrer Sicht ein **Bedarf an folgenden Instrumenten oder** Methoden für den Umgang mit Älteren mit problematischem Alkoholkonsum?

a) Bedarf an Schulungsmassnahmen

Ja ___ 1

Weiss nicht ___ 111

Nein ___ 2

Keine Angabe ___ 999

Wenn ja, **welche?**

b) Bedarf an Leitfäden

Ja ___ 1

Weiss nicht ___ 111

Nein ___ 2

Keine Angabe ___ 999

Wenn ja, **welche?**

c) Bedarf an Konzeptentwicklung

Ja ___ 1

Weiss nicht ___ 111

Nein ___ 2

Keine Angabe ___ 999

Wenn ja, **welche?**

d) Bedarf an Möglichkeiten zum Austausch

Ja ___ 1

Weiss nicht ___ 111

Nein ___ 2

Keine Angabe ___ 999

Wenn ja, **welche?**

e) Bedarf an sonstigen Massnahmen

Ja ___ 1

Weiss nicht ___ 111

Nein ___ 2

Keine Angabe ___ 999

Wenn ja, **welche?**

43. Besteht ein Bedarf an geschlechtsspezifischen Instrumenten oder Methoden?

Ja ___ 1

Weiss nicht ___ 111

Nein ___ 2

Keine Angabe ___ 999

Wenn ja, **an welchen?**

44. Besteht ein **Bedarf an Instrumenten oder Methoden** für die **unterschiedlichen Altersgruppen?**

Ja ___ 1

Weiss nicht ___ 111

Nein ___ 2

Keine Angabe ___ 999

65-70 Jahre:

Ja ___ 1

Weiss nicht ___ 111

Nein ___ 2

Keine Angabe ___ 999

70-80 Jahre :

Ja ___ 1

Weiss nicht ___ 111

Nein ___ 2

Keine Angabe ___ 999

Über 80 Jahre:

Ja ___ 1

Weiss nicht ___ 111

Nein ___ 2

Keine Angabe ___ 999

Ergänzende Angaben

45. Besteht ein **Bedarf an Instrumenten oder Methoden** für **sozial benachteiligte Ältere?**

Ja ___ 1

Weiss nicht ___ 111

Nein ___ 2

Keine Angabe ___ 999

Wenn ja, **an welcher?**

46. Besteht ein **Bedarf an Instrumenten oder Methoden, für Ältere mit Migrationshintergrund?**

Ja ___ 1

Nein ___ 2

Weiss nicht ___ 111

Keine Angabe ___ 999

Wenn ja, **an welchen?**

- **Bemerkungen der Informant/in zum Interview**

Beilage 3: Sample

	Ostschweiz	Zürich	Zentral- schweiz	Nordwest- schweiz	Espace Mittelland	Genfersee- region	Jurabogen (franko- phon)	Tessin	Total
Angehörige älterer Menschen mit prob- lematischem Alkoh- olkonsum		2			8 Davon fran- kophon: 4		1		11
Hausärzte / Hausärz- tinnen		1						1	2
Fachärzte / Fachärz- tinnen Geriatrie	5		1			1			7
Mitarbeitende von Alters- und Pflege- heimen		1		2			1		4
Mitarbeitende von ambulanten Pflege- diensten		5	1						6
Mitarbeitende von stationären Einrich- tungen der Suchtbe- handlung		1		1					2
Mitarbeitende von Seniorenorganisatio- nen (z.B. Pro Senec- tute)		1							1
Mitarbeitende von Suchtberatungsstel- len	1	7	1	2	3 Davon fran- kophon: 1	2		1	17
Total	6	18	3	5	11	3	2	2	50

In die Befragung eingeschlossen sind Personen aus den folgenden Kantonen: Basel-Stadt, Basel-Land, Bern, Fribourg, Neuenburg, Jura, Luzern, St.Gallen, Tessin, Thurgau, Waadt, Wallis, Zug, Zürich

Verlaufsnummer	Berufsgruppe	Region	Kanton	Stadt/Land	Sprache
SKd01	MA ambul. Pflege	Zürich	ZH	Stadt	D
SKd03	MA ambul. Pflege	Zürich	ZH	Stadt	D
SKd04	MA Alters-Pflegeheim	Zürich	ZH	Land	D
SKd05	MA ambul. Pflege	Mittelland	LU	Land	D
SKd06	MA Alters-Pflegeheim	Zürich	ZH	Land	D
SKd07	MA ambul. Pflege	Zürich	ZH	Stadt	D
SKd08	MA Suchtberatung	Espace-Mittelland	BE	Stadt	D
SKd09	MA Psychiatrie	Nordwestschweiz	BL	Land	D
SKd10	MA Psychiatrie	Zentralschweiz	LU	Stadt	D
SKd11	MA Suchtberatung	Espace-Mittelland	BE	Land	D
SKd12	MA Suchtberatung	Zürich	ZH	Stadt	D
SKd13	MA ambul. Pflege	Zürich	ZH	Stadt	D
SKd14	MA Alters-Pflegeheim	Zürich	ZH	Land	D
SKd15	MA Suchtberatung	Zürich	ZH	Stadt	D
SKd16	Hausarzt	Zürich	ZH	Stadt	D
SKd17s	MA Suchtberatung	Nordwestschweiz	BL	Land	D
SKd18s	MA Prävention_GF	Ostschweiz	SG	Stadt	D
SKd19s	MA Psychiatrie	Ostschweiz	TG	Land	D
SKd20s	MA Suchtberatung	Zürich	ZH	Stadt	D
SKd21s	MA Alters- Pflegeheim	Nordwestschweiz	BS	Stadt	D
SKd22s	MA Suchtberatung	Zürich	ZH	Stadt	D
SKd23s	Sonstiges	Zürich	ZH	Stadt	D
SKd24s	MA Suchtberatung	Zürich	ZH	Stadt	D
SKd25s	MA Alters- Pflegeheim	Nordwestschweiz	BS	Stadt	D
SKd26s	MA Prävention_GF	Zürich	ZH	Land	D
SKd27s	MA Suchtberatung	Zentralschweiz	ZG	Stadt	D
SKd28s	MA Stationäre Einrichtung	Zürich	ZH	Land	D
SKd29s	MA Suchtberatung	Nordwestschweiz	BS	Stadt	D
SKd30s	MA Psychiatrie	Ostschweiz	TG	Land	D
SKd31s	MA Psychiatrie	Ostschweiz	TG	Land	D
SKd32s	MA Psychiatrie	Ostschweiz	TG	Land	D
SKd33s	MA Psychiatrie	Ostschweiz	TG	Land	D

SKPT1	MA Suchtberatung	Espace-Mittelland	BE	Stadt	D
SKPT2	MA Prävention_GF	Zürich	ZH	Stadt	D
SKA01	Angehörige	Zürich	ZH	Land	D
SKA02	Angehörige	Zürich	ZH	Stadt	D
SKA03	Angehörige	Espace	BE	Land	D
SKA04	Angehörige	Espace	BE	Stadt	D
DKf01	Angehörige	Espace Mittelland	BE	Stadt	F
DKf02	Angehörige	Jurabogen	JU	Land	F
DKf03	Angehöriger	Espace Mittelland	BE	Stadt	F
DKf04	Angehörige	Espace Mittelland	BE	Stadt	F
DKf05	Hausarzt	Genferseeregion	VS	Land	F
DKf06	MA Suchtberatung	Genferseeregion	VD	Stadt	F
DKf07	MA Suchtberatung	Espace Mitelland	FR	Land	F
DKf08	Leiterin Altersheim	Jurabogen	NE	Land	F
DKf09	Spitalarzt	Genferseeregion	VF	Land	F
DKi10	MA Suchtberatung	Tesssin	TI	Stadt	I
DKi11	Hausarzt	Tessin	TI	Stadt	I

Beilage 4: Zusammenstellung Good Practices

Die folgende Tabelle versammelt die im Lauftext der Studie (Kapitel 3) identifizierten Good Practices, indem sie diese verschiedenen Kategorien zuweist – sie sind auf Verhältnisse oder Verhalten ausgerichtet, auf einzelne Betroffene oder auf die gesamte Population der betroffenen Personen sowie auf alle älteren Menschen mit problematischem Alkoholkonsum. Es passen allerdings nicht alle der Good Practices in die Tabelle: Dass sowohl Verhältnisse wie Verhaltensweisen anzupassen sind ist eine allgemeine Good Practice, welche nicht in die Tabelle aufgenommen ist; ebenso sind die Good Practices des weiten Verständnisses der Zielgruppe und der Notwendigkeit des zielgruppenspezifischen Vorgehens bei Prävention, Erkennung und Intervention oder ihrer Begründung auf Konzepten und Richtlinien sowie der Nutzung bestehender Erfahrungen oder bestehender Kommunikationskanäle so allgemeiner Art, dass sie „Meta Good Practices“ darstellen und sich deshalb nicht einer der Kategorien der Tabelle zuweisen lassen. Good Practices, welche das Gesundheitspersonal oder die Organisationen betreffen, in welchen sie arbeiten, sind in den Spalten „Verhältnisse“ aufgeführt.

Zu bemerken ist auch, dass eine einzelne Good Practice bisweilen mehreren Spalten zugewiesen werden kann – besonders wenn sie die Zielgruppe und einzelne Individuen daraus betrifft, oder wenn sie für die universelle Zielgruppe oder für die selektive Zielgruppe Gültigkeit hat.

Universell: ältere Menschen mit problematischem Alkoholkonsum				Selektiv: ältere Menschen mit problematischem Alkoholkonsum und zusätzlichen Risikofaktoren (Gesundheitszustand, problematischer Konsum anderer Substanzen, sozio-ökonomischer Status, Migrationshintergrund, etc.)			
Population		Individuum		Population		Individuum	
Verhältnisse	Verhalten	Verhältnisse	Verhalten	Verhältnisse	Verhalten	Verhältnisse	Verhalten
Allgemeine und die Prävention betreffende Good Practices							
Das Thema PA*) ist sowohl in der Öffentlichkeit wie beim Gesundheitspersonal noch besser zu verankern.	Einzelne Massnahmen ... werden in Zusammenhang mit dem Konsum anderer potentiell problematischer Substanzen thematisiert.		Einzelne Massnahmen ... werden in Zusammenhang mit dem Konsum anderer potentiell problematischer Substanzen thematisiert.	Das Thema PA*) ist sowohl in der Öffentlichkeit wie beim Gesundheitspersonal noch besser zu verankern.	Einzelne Massnahmen ... werden in Zusammenhang mit dem Konsum anderer potentiell problematischer Substanzen thematisiert.		Einzelne Massnahmen ... werden in Zusammenhang mit dem Konsum anderer potentiell problematischer Substanzen thematisiert.
Die Behandlung von PA beruht auf einer guten Zusammenarbeit des gesamten Angebots sowie des sozialen Umfelds der Betroffenen.	Handlungsmöglichkeiten werden aufgezeigt.		Handlungsmöglichkeiten werden aufgezeigt.	Die Behandlung von PA beruht auf einer guten Zusammenarbeit des gesamten Angebots sowie des sozialen Umfelds der Betroffenen.	Handlungsmöglichkeiten werden aufgezeigt.		Handlungsmöglichkeiten werden aufgezeigt.
Organisationen ... realisieren ihre Interventionen zu PA auf der Grundlage verbindlicher Konzepte und Richtlinien.				Organisationen ... realisieren ihre Interventionen zu PA auf der Grundlage verbindlicher Konzepte und Richtlinien.			
Die Möglichkeiten zur Verhältnisprävention werden aufgezeigt ...		Die Möglichkeiten zur Verhältnisprävention werden aufgezeigt ...		Die Möglichkeiten zur Verhältnisprävention werden aufgezeigt ...		Die Möglichkeiten zur Verhältnisprävention werden aufgezeigt ...	

*) Problematischer Alkoholkonsum

Universell: ältere Menschen mit problematischem Alkoholkonsum				Selektiv: ältere Menschen mit problematischem Alkoholkonsum und zusätzlichen Risikofaktoren (Gesundheitszustand, problematischer Konsum anderer Substanzen, sozio-ökonomischer Status, Migrationshintergrund, etc.)			
Population		Individuum		Population		Individuum	
Verhältnisse	Verhalten	Verhältnisse	Verhalten	Verhältnisse	Verhalten	Verhältnisse	Verhalten
Die Früherkennung betreffende Good Practices							
	Das Erkennen von PA ^{*)} ist eine gemeinsame Aufgabe verschiedener Akteure ...		Das Erkennen von PA ist eine gemeinsame Aufgabe verschiedener Akteure ...		Das Erkennen von PA ist eine gemeinsame Aufgabe verschiedener Akteure ...		Das Erkennen von PA ist eine gemeinsame Aufgabe verschiedener Akteure ...
			Das Erkennen von PA geschieht instrumentengestützt.				Das Erkennen von PA geschieht instrumentengestützt.
	Instrumente zur Früherkennung von PA werden weiterentwickelt.		Instrumente zur Früherkennung von PA werden weiterentwickelt.		Instrumente zur Früherkennung von PA werden weiterentwickelt.		Instrumente zur Früherkennung von PA werden weiterentwickelt.
Screening-Instrumente passen in die Abläufe von Prävention, Früherkennung und Beratung / Behandlung.		Screening-Instrumente passen in die Abläufe von Prävention, Früherkennung und Beratung / Behandlung.		Screening-Instrumente passen in die Abläufe von Prävention, Früherkennung und Beratung / Behandlung.		Screening-Instrumente passen in die Abläufe von Prävention, Früherkennung und Beratung / Behandlung.	
		Es bestehen Richtlinien für ... Abläufe nach der Feststellung von PA.				Es bestehen Richtlinien für ... Abläufe nach der Feststellung von PA.	

^{*)} Problematischer Alkoholkonsum

Universell: ältere Menschen mit problematischem Alkoholkonsum				Selektiv: ältere Menschen mit problematischem Alkoholkonsum und zusätzlichen Risikofaktoren (Gesundheitszustand, problematischer Konsum anderer Substanzen, sozio-ökonomischer Status, Migrationshintergrund, etc.)			
Population		Individuum		Population		Individuum	
Verhältnisse	Verhalten	Verhältnisse	Verhalten	Verhältnisse	Verhalten	Verhältnisse	Verhalten
Beratung und Behandlung betreffende Good Practices							
Der Zugang zu Beratungen und Behandlungen ist möglichst niederschwellig gestaltet.		Der Zugang zu Beratungen und Behandlungen ist möglichst niederschwellig gestaltet.		Der Zugang zu Beratungen und Behandlungen ist möglichst niederschwellig gestaltet.		Der Zugang zu Beratungen und Behandlungen ist möglichst niederschwellig gestaltet.	
Beratungen und Behandlungen werden aufgrund eingehender Abklärungen durchgeführt.		Beratungen und Behandlungen werden aufgrund eingehender Abklärungen durchgeführt.		Beratungen und Behandlungen werden aufgrund eingehender Abklärungen durchgeführt.		Beratungen und Behandlungen werden aufgrund eingehender Abklärungen durchgeführt.	
			Ziele von Beratungen und Behandlungen werden ... mit den Betroffenen definiert.				Ziele von Beratungen und Behandlungen werden ... mit den Betroffenen definiert.
	Es bestehen Angebote unterschiedlicher Art.	Es steht genügend Zeit für Beratungen und Behandlungen zur Verfügung.	Es bestehen Angebote unterschiedlicher Art.		Es bestehen Angebote unterschiedlicher Art.	Es steht genügend Zeit für Beratungen und Behandlungen zur Verfügung.	Es bestehen Angebote unterschiedlicher Art.
	Angebote für Kontrolliertes Trinken und für Definiertes Trinken sind ... besonders wichtig.		Angebote für Kontrolliertes Trinken und für Definiertes Trinken sind ... besonders wichtig.		Angebote für Kontrolliertes Trinken und für Definiertes Trinken sind ... besonders wichtig.		Angebote für Kontrolliertes Trinken und für Definiertes Trinken sind ... besonders wichtig.
	Der Einsatz von Medikamenten ist eine Option ... er geschieht verantwortungsvoll und indikationsgerecht.		Der Einsatz von Medikamenten ist eine Option ... er geschieht verantwortungsvoll und indikationsgerecht.		Der Einsatz von Medikamenten ist eine Option ... er geschieht verantwortungsvoll und indikationsgerecht.		Der Einsatz von Medikamenten ist eine Option ... er geschieht verantwortungsvoll und indikationsgerecht.
	Aufsuchende Arbeit wird für Beratung		Aufsuchende Arbeit wird für Beratung		Aufsuchende Arbeit wird für Beratung		Aufsuchende Arbeit wird für

	und Behandlung von PA ^{*)} genutzt.		und Behandlung von PA ^{*)} genutzt.		und Behandlung von PA ^{*)} genutzt.		Beratung und Behandlung von PA ^{*)} genutzt.
Die Organisationen ... bearbeiten ... PA aufgrund klarer und verbindlicher Konzepte und Leitlinien.		Die Organisationen ... bearbeiten ... PA aufgrund klarer und verbindlicher Konzepte und Leitlinien.		Die Organisationen ... bearbeiten ... PA aufgrund klarer und verbindlicher Konzepte und Leitlinien.		Die Organisationen ... bearbeiten ... PA aufgrund klarer und verbindlicher Konzepte und Leitlinien.	
Das Dilemma zwischen „Respekt für Selbstbestimmung“ der Betroffenen und „Notwendigkeit für eine Intervention“ wird ...thematisiert.		Das Dilemma zwischen „Respekt für Selbstbestimmung“ der Betroffenen und „Notwendigkeit für eine Intervention“ wird ...thematisiert.		Das Dilemma zwischen „Respekt für Selbstbestimmung“ der Betroffenen und „Notwendigkeit für eine Intervention“ wird ...thematisiert.		Das Dilemma zwischen „Respekt für Selbstbestimmung“ der Betroffenen und „Notwendigkeit für eine Intervention“ wird ...thematisiert.	
Das Personal ... kennt dank Schulungen den aktuellen Stand der Beratungs- und Behandlungsmöglichkeiten.		Das Personal ... kennt dank Schulungen den aktuellen Stand der Beratungs- und Behandlungsmöglichkeiten.		Das Personal ... kennt dank Schulungen den aktuellen Stand der Beratungs- und Behandlungsmöglichkeiten.		Das Personal ... kennt dank Schulungen den aktuellen Stand der Beratungs- und Behandlungsmöglichkeiten.	
Das Personal ... kann sich mit KollegInnen austauschen.		Das Personal ... kann sich mit KollegInnen austauschen.		Das Personal ... kann sich mit KollegInnen austauschen.		Das Personal ... kann sich mit KollegInnen austauschen.	

*) Problematischer Alkoholkonsum